МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ

Факультет гуманітарних наук, психології та педагогіки

кафедра здоров’я людини та фізичного виховання

**Нурдигін О. П.**

**Випускна кваліфікаційна робота бакалавра**

**Реабілітація осіб з посттравматичним стресовим розладом**

Сєвєродонецьк

2018

**СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ**

# Факультет гуманітарних наук, психології та педагогіки

(повне найменування інституту, факультету)

# Кафедра здоров’я людини та фізичного виховання

(повна назва кафедри)

## ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА

**до випускної кваліфікаційної роботи бакалавра**

**освітньо-кваліфікаційного рівня**\_\_\_\_бакалавр\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(бакалавр, спеціаліст, магістр)

спеціальності\_\_\_6.010203 – Здоров’я людини\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(шифр і назва спеціальності)

на тему: Реабілітація осіб з посттравматичним стресовим розладом

Виконав: студент групи ФЛ-541 Нурдигін О. П.

Керівник: к. психол. н., доц. Завацький Ю.А.

Завідувач кафедри здоров’я людини

та фізичного виховання:

к. психол. н., доц. Завацький Ю.А.

Рецензент: к. мед. н., доц.

Сєвєродонецьк – 2018

СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ

# Факультет гуманітарних наук, психології та педагогіки

(повне найменування інституту, факультету)

# Кафедра здоров’я людини та фізичного виховання

(повна назва кафедри)

Освітньо-кваліфікаційний рівень \_\_\_\_\_\_\_\_бакалавр\_\_\_\_\_\_\_\_

(бакалавр, спеціаліст, магістр)

Спеціальність\_\_\_6.010203 – Здоров’я людини\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(шифр і назва спеціальності)

|  |
| --- |
| ЗАТВЕРДЖУЮЗавідувач кафедриздоров’я людини тафізичного вихованняЗавацький Ю.А.“20” 01 2018 року |

## З А В Д А Н Н Я

### НА ДИПЛОМНУ РОБОТУ СТУДЕНТУ

**Нурдигіну Олександру Петровичу**

(прізвище, ім’я, по батькові)

1. Тема роботи: **«Реабілітація осіб з посттравматичним стресовим розладом»**

**Cпец. завдання \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Керівник роботи Завацький Ю. А., к. психол. н., доц.,

( прізвище, ім’я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені наказом вищого навчального закладу від “20” січня 2018 року № 13/42

2. Строк подання студентом роботи\_\_\_05.06.2018 р.

3. Вихідні дані до роботи: *обсяг роботи- 71 сторінка, список використаної літератури – 30 джер.*

4.Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити): *проаналізувати наукові джерела з зазначеної тематики; підібрати діагностичний інструментарій згідно проблеми дослідження; на основі проведеного констатувального експерименту перевірити реабілітаційні заходи; визначити ефективність реабілітаційних заходів.*

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов’язкових креслеників):*, рисунки – 1,діаграми – 2, таблиці - 2.*

**6. Консультанти розділів роботи:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Розділ | Прізвище, ініціали та посада  Консультанта | Підпис, дата | |
| завдання  видав | Завдання  прийняв |
| 1. | Завацький Ю..А.– к. психол. н., доц., завідувач кафедри здоровʼя людини та фізичного виховання | 20.01.2018р. | 20.01.2018р. |
| 2. | Завацький Ю..А.– к. психол. н., доц., завідувач кафедри здоровʼя людини та фізичного виховання | 20.01.2018р. | 20.01.2018р. |
| 3. | Завацький Ю..А.– к. психол. н., доц., завідувач кафедри здоровʼя людини та фізичного виховання | 20.01.2018р. | 20.01.2018р. |

7. Дата видачі завдання 20.01.2018р.

**КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Назва етапів** | **Строк виконання етапів** | Примітка |
| 1 | Визначення проблеми дослідження та розроблення плану дипломної роботи | 01.2018р. | 01.2018р. |
| 2 | Аналіз літератури за проблемою. Робота над теоретичною частиною дослідження. | 02.2018р. | 02.2018р. |
| 3 | Розробка діагностичного інструментарію та проведення констатувального експерименту | 02.-03.2018р. | 02.-03.2018р. |
| 4 | Узагальнення результатів констатувального експерименту | 03.2018р. | 03.2018р. |
| 5 | Розробка заходів фізичної реабілітації | 04.2018р. | 04.2018р. |
| 6 | Проведення повторного тестування та оцінка ефективності реабілітаційних заходів | 05.2018р. | 05.2018р. |
| 7 | Підготовка дипломної роботи до захисту та захист дипломної роботи | 06.2018р. | 06.2018р. |

**Студент Нурдигін О.П.**

**Керівник роботи Завацький Ю.А.**

**РЕФЕРАТ**

Текст – 71 с., , рис. – 1, діаг. – 2, табл. – 2, джерел – 30

У дипломній роботі проведено аналіз понятійного конструкту «посттравматичний стресовий розлад» в науковій літературі; розкрито соціально-психологічні особливості ПТСР як наслідок впливу психотравмуючих і кризових ситуацій, зокрема військового конфлікту. Наведено способи реабілітації, охарактеризовано вибірку досліджуваних й представлено основні результати. Представлено способи реабілітації ПТСР та експериментально підтверджено їх ефективність.

Ключові слова: особистість, постравматичний стресовий розлад, війна, військовослужбовець, фізична реабілітація, охорона здоровʼя.

**ЗМІСТ**

7

ВСТУП РОЗДІЛ 1. ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД, ІСТОРИЧНІ 10

АСПЕКТИ ТА СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ

1.1 Коротка історія ПТСР 10

1.2. Роль свідомості суспільства у виникненні ПТСР 11

1.3. Учасники збройних конфліктів як об'єкт впливу травмуючої

ситуації 15

РОЗДІЛ 2. ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ПТСР В УЧАСНИКІВ 18

ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТІВ

2.1. Реакція нервової системи військовослужбовця на жахи

збройного конфлікту 18

2.2. Посттравматичний стресовий розлад: причини виникнення та

механізм розвитку в учасників збройних конфліктів 24

2.3. Симптоми і наслідки посттравматичного синдрому у колишніх

військовослужбовців 28

РОЗДІЛ 3. АДАПТАЦІЯ І РЕАБІЛІТАЦІЯ ОСІБ З ПОСТТРАВМАТИЧНИМ

СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ 33

3.1. Основи побудови системи реадаптації та реабілітації в

Збройних силах 33

3.2. Реабілітація військовослужбовців - учасників військових

конфліктів 39

3.3. Технології реабілітаційної роботи з учасниками військових

конфліктів для їх психосоціальної адаптації до умов мирного

життя 45

3.4. Практичне дослідження ПТСР у військовослужбовців 54

ВИСНОВОК 58

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ 60

ДОДАТКИ 62

**ВСТУП**

Двадцять перше століття подавало великі надії. Багато людей вважало, що вік всесвітнього процвітання почнеться з нового тисячоліття. Лише кілька років тому люди говорили про мир. Сьогодні загальною тенденцією в багатьох народів по всьому світу є страх і занепокоєння щодо себе та оточуючих. Соціально-політичні події змусили людей непокоїтися щодо своєї власної безпеки та безпеки суспільства в цілому, як на особистому, так і на державному рівні. І це занепокоєння не є безпідставним, бо рівень безпеки в світі в цілому знизився, почастішали терористичні акти та інші злочинні діяння, що є глибоко стресовими травматичним подіями. Напруження, яке виникає внаслідок цього, спричиняє спектр психоемоційних та фізіопатологічних наслідків. У своїй найглибшій формі ця відповідь діагностується як психіатричний розлад, обумовлений досвідом травматичних подій. Посттравматичний стресовий розлад або ПТСР - психічний розлад, що може виникнути внаслідок досвіду або спостереження травматичних або небезпечних для життя подій, таких як терористичні напади, насильницькі злочини та зловживання, бойові дії, стихійні лиха, серйозні аварії або насилля, направлене на індивіда. Вплив токсичного середовища (наприклад, радіація, електромагнітне випромінювання) може спричинити імунні симптоми, подібні до ПТСР у багатьох чутливих пацієнтів(1,2).

Суб'єкти з ПТСР часто переживають цей досвід через кошмари та спогади, вони повідомляють про труднощі у сні. Їх поведінка стає все більш віддаленою або відчуженою і часто ускладнюється пов'язаними розладами, такими як депресія, зловживання психоактивними речовинами та проблеми пам'яті та пізнання. Це призводить до дезадаптацій у соціальному або сімейному житті, що найчастіше призводить до професійної нестабільності, подружніх проблем і розлучень, розладів у сім'ї та труднощів у вихованні дітей. Розлад може бути досить серйозним і тривати досить довго, щоб погіршити повсякденне життя людини, і в крайньому випадку привести пацієнта до суїциду. ПТСР відрізняється явними біологічними змінами, на додаток до вищеописаних психологічних симптомів, і тому ускладнюється різноманітними іншими проблемами фізичного та психічного здоров'я.

**Актуальність дослідження** полягає в нагальній необхідності створення нових та покращення вже існуючих методик реабілітації осіб, що страждають на посттравматичний стресовий розлад. Це пов’язано в більшості зі збройним конфліктом за сході нашої країни, що призвів до значного росту кількості дезадаптованих осіб я серед військових, так і серед цивільних.

Дезадаптовані військовослужбовці являють собою значну небезпеку не лише для себе та оточуючих, але і для всієї держави в цілому. Вони здатні на прояви імпульсивної поведінки, можуть піддаватися несприйтлимим емоційним впливам зовні. Тому в цьому дослідженні надалі йтиме мова саме про реабілітацію вьйськовослужбовців, тема роботи з цивільними заслуговує окремої роботи.

**Об'єкт дослідження** - організація реабілітаційної роботи серед військовослужбовців.

**Предмет дослідження** - процес адаптації та реабілітації військовослужбовців, що страждають на ПТСР.

**Мета** **роботи -** дослідження особливості посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців.

**Завдання роботи**:

-Проаналізувати стан проблеми в науковій літературі;

- Описати найрозповсюдженіші способи реабілітації ПТСР.

-Спробувати зрозуміти все те, що відбувається з хворими й перевірити ефективність існуючого лікування, яке дасть їм можливість знову жити повноцінним життям.

**Практичне значення** роботи полягає в тому, що вона направлена підвищення ефективності реабілітаційної системи, тому буде не тільки сприяти посиленню боєздатності Збройних сил, а й дозволить виконати головне завдання: зберегти і зміцнити психологічне здоров'я кожного військовослужбовця.

**Методи дослідження**: аналіз літератури по темі ПТСР; експеримент; порівняння й узагальнення.

**РОЗДІЛ 1. ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД, ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ ТА СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ**

**1.1 Коротка історія ПТСР**

Враховуючи те, що термінологія ПТСР виникла порівняно нещодавно (після в'єтнамського конфлікту), спостереження про те, що травматичні події можуть призвести до великої кількості психофізіологічних проявів, не є новим. Під час Громадянської війни у США розлади, подібні до ПТСР, називали синдромом Да Коста (3), від американського терапевта Якоба Мендеса Да Коста.

Синдром вперше був описаний ABR Myers (1838-1921) в 1870 році як поєднання втомлюваності, задишки, поверхневого дихання, серцебиття, пітливості, тремору, неприємних відчуттів у серці, цілковитої виснаженісті та погіршення цих симптомів після фізичних навантажень. Було зазначено, що цей синдром нагадував більше відмову від емоцій та страху, ніж "зусилля", які здорові люди направляють на подолання проблеми (4). Да Коста в 1871 році повідомив, що найчастіше розлад спостерігається у солдатів під час стресу, особливо він виникає через сильний страх (3). ПТСР ставав дедалі помітнішим під час Першої та Другої світових війн.

Активно цікавитися цією темою вчені та лікарі стали лише після В’єтнамської війни (тоді виник термін «В’єтнамський синдром»). За статистикою медичного обстеження ветеранів війни у В'єтнамі, в 1988 році у 47,9% американців спостерігався посттравматичний стресовий розлад, у 31,6% - частковий. У 55,8% осіб, які мають ПТСР, були виявлені предпатологічні нервово-психічні розлади, ймовірність опинитися безробітними у них в 5 разів більше в порівнянні з іншими, розлучення були у 70%, ізоляція від людей - у 47,3%, ворожість - у 40%, потрапили до в'язниці або були заарештовані - 50%.

**Діаграма1**–Співвідношення показників рівня ПТСР у військовослужбовців, що пройшли через бойові дії, %

Багато вчених надалі описали різні прояви ПТСР у військовослужбовців, які отримали назви: "корейський синдром", "в'єтнамський синдром", "афганський синдром". Деякі автори почали використовувати термін "донбаський синдром".

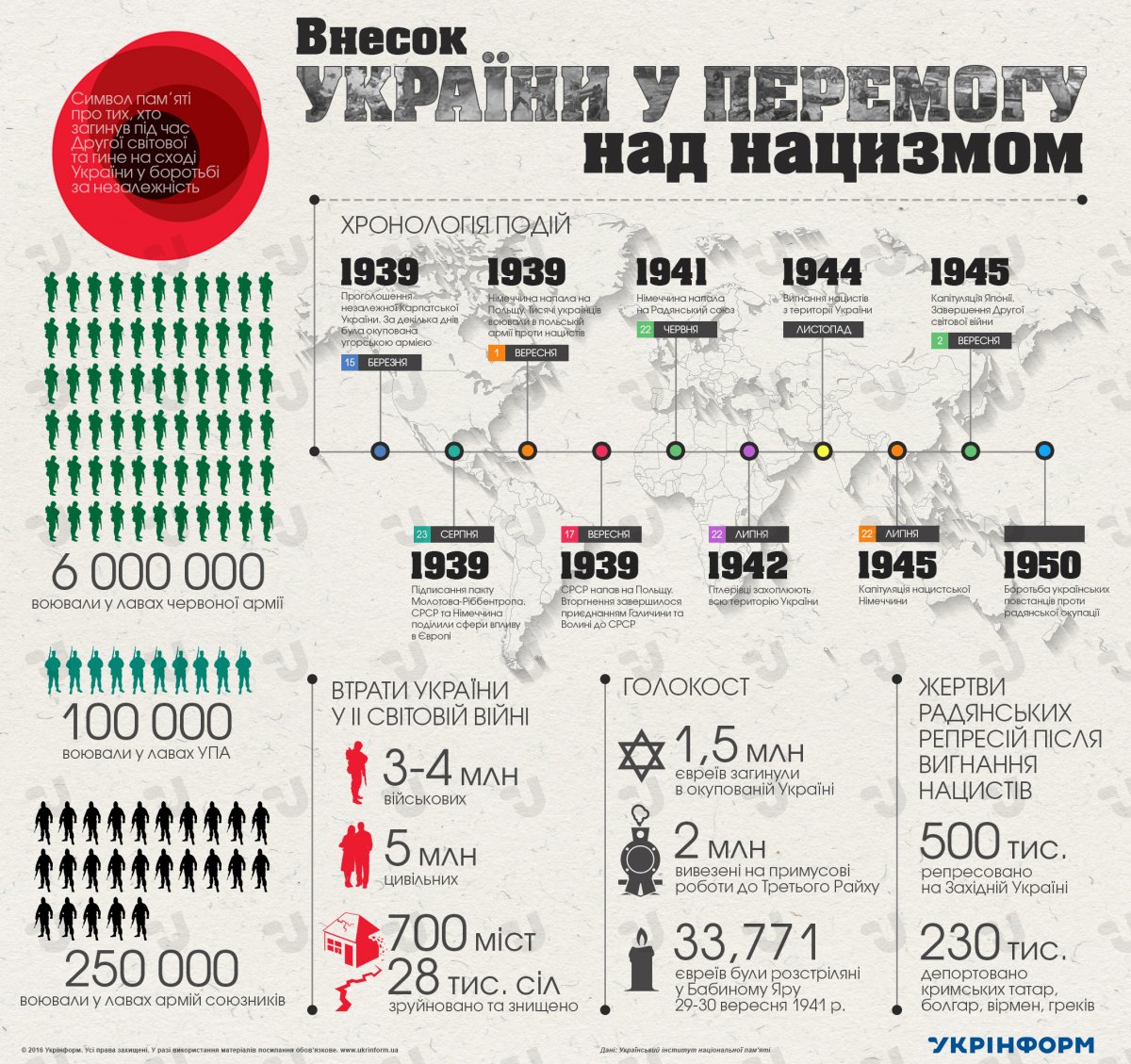
**1.2 Роль свідомості суспільства у виникненні ПТСР**

Всю історію людства можна розділити на дві протилежні частини - війну і мир. Це два полярних стани, в яких знаходиться певне суспільство відносно до зовнішнього середовища. Незважаючи на всі сподівання найкращих, найсвітліших представників роду людського, сподівання та передбачення гуманістів, що з прогресом цивілізації, надзвичайно суперечливі, руйнівні форми відносин в людському суспільстві, в тому числі війни, поступово зникнуть, не були виправдані. Більше того, в останні роки тенденція полягає не лише в збільшенні кількості локальних конфліктів, але й в рості кількості територій та людських мас, що охоплені ними, жорстокості, кількості жертв та масштабів шкоди. XX століття стало апогеєм людської войовничості та еволюції війни як особливого соціально-політичного явища, а XXI поки що не дає нам надій, що не стане ще гіршим в цьому плані.

Що стосується тенденцій війни та миру, то Україна розвивалася відповідно до світової кон’юктури. За всю свою історію вона зазнала чимало війн, і XX століття не було винятком у цьому сенсі. Навпаки, найбільш складними і кривавими були сутички найновішої історії - дві світові війни (1914-1918 і 1939-1945 рр.). Більш того, обидві були названі сучасниками Великими і Вітчизняними, хоча пізніше, через історичні обставини, Перша світова втратила цю патріотичну назву. Але передвоєнні, і особливо міжвоєнні (до 1941 року), періоди, які довелося пережити нашій країні, були насичені величезним числом великих і малих збройних конфліктів.

Характерний для тих років стан постійної екзистенційної тривоги неминуче вплинув на всі сфери суспільного життя, але найсильніше відбився у народній свідомості де зберігся та склав надзвичайно негативний вплив на багато наступних поколінь. Внутрішня готовність до війни, очікування нових бойових дій як неминучості було рисою молодих поколінь, народжених у міжвоєнний період. Тому участь армії в ряді локальних конфліктів була ще більш значною завдяки цьому загальному настрою.

Отже, ментальність всього суспільства поступово перетворилася на ментальність комбатанта - як реального, так і потенційного. Німецько-радянська війна 1941-1945 рр. залила кров’ю терена нашої країни, пропустила багатомільйонні маси людей через свої армії та фронти, призвевши цей процес до цілком закономірного висновку – перенесла тип особистості, сформований в страшних умовах війни, на все суспільство в цілому і на багато років зробила його домінуючим. Цьому сприяла і ситуація "холодної війни".



**Рис. 1** Статистика участі українців у Німецько-радянській війні за даними Укрінформа

І хоча наша країна, тоді ще як складова частина СРСР, в цілому поступово перейшла на "мирні рейки", для її армії період після закінчення німецько-радянської війни мирним назвати зовсім неможливо. Деякі її підрозділи, не кажучи вже про військових радників та фахівців, брали участь у Корейській війні 1950-1953 рр., у ряді локальних воєн та військових конфліктів в країнах Азії, Близького Сходу та Африки, у подіях в Угорщині 1956 р. та в Чехословаччині 1968 р., в прикордонних конфліктах на Далекому Сході та в Казахстані в 1969 р. А 25 грудня 1979 р. уряд СРСР вирішив розпочати військову кампанію в Афганістані: ми залучилися до затяжної дев'ятирічної війни на чужій, ворожій території. Ця сумна історія закінчилася в лютому 1989 року з повним виведенням "обмеженого контингенту".

Наприкінці періоду перебудови, і особливо після розпаду СРСР, на території колишніх радянських республік виникли десятки збройних конфліктів, в яких були залучені різні формування та структури колись єдиної армії єдиної держави. Війна у всіх її проявах стала способом життя сотень тисяч людей, яких раніше називали "радянським народом", і багато "гарячих точок" все ще падають або тліються на пострадянському просторі.

В 2014 році вже вільна та незалежна, Україна стала жертвою агресії нерівного за силою ворога, і ніхто не знає як її подолати. Бо війна, яка стала звичкою, яка ввійшла в тіло і кров поколінь, продовжує існувати - в психології, в свідомості, в душі - і після того, як вона формально завершена.

Протягом всього XX століття в нашій країні, як частині СРСР, відбувалася поступова мілітаризація суспільної свідомості, коли в процесі великих і малих збройних конфліктів в цивільне середовище проникли характерні особливості психології військового. Цей процес був тривалим і багатогранним, що має як негативні, так і деякі позитивні риси, які не можна розглядати окремо від історичного контексту епохи. Але для того, щоб з'ясувати, яким чином і під впливом яких факторів закладені основи цього процесу, необхідно звернутися безпосередньо до війни, до умов, в яких виникає це соціально-психологічне та моральне явище – «людина, що воює».

Тим не менш, чи можна сказати, що в нашого багатостраждального суспільства виробився «імунітет» до ПТСР? Більше ста неспокійних та важких років хоча й мали вплив на суспільну свідомість, все одно, особливо в світлі останніх подій, можна бачити, що люди, як і раніше, не готові до потрясінь, що спричиняє війна. Ці сто років замість користі принесли всім нам лише непоправну шкоду, адже війни оспівувалися в «легендарному» ореолі, що призвело до спотвореного їх сприйняття суспільством. Сприйняття війни як чогось «незвичайного» та «легендарного» зробило людей зовсім неготовими до її справжнього, потворного та кривавого обличчя. Ті ж, хто бачив її жахи були вимушені боротися зі своїми внутрішніми «демонами» до кінця життя, тому так і не передали свій сумний досвід іншим. Війна є протиприродним явищем, тому травмувала і травмує психіку людей впродовж тисячоліть, і ніякі події не зможуть виробити резистентність до ПТСР.

**1.3 Учасники збройних конфліктів як об'єкт впливу травмуючої ситуації**

Наша країна в 2014 році була вражена агресією страшного ворога, що знову призвело до мілітаризації та зростанню насильства. В даний час стає очевидним, наскільки важливо допомогати людям - жертвам бойових дій та міжнаціональних конфліктів, а також військовим.

У сучасному житті багатьох країн, включаючи Україну, військовослужбовці, особливо ті, хто бере участь у локальних конфліктах у своїх країнах та у військових операціях за кордоном, займають особливе місце в групі людей з підвищеним ризиком розвитку психогенних порушень. Посттравматичні стресові розлади вперше були описані в США після В'єтнамської війни. В усі часи військова служба супроводжувалася комплексом дуже специфічних психотравматичних впливів. Армійське життя супроводжується різними жертвами, звуженням ступеня свободи через необхідність "жити за наказом", тривогу і страх перед смертю під час війни, часто двозначність особистих перспектив і ряд інших причин, що значною мірою впливає на стан будь-якого військовослужбовця. На противагу цьому, протягом століть склався комплекс соціальних емоційних та позитивних факторів для військовослужбовця, які активно підтримуються суспільством.

Воїн - захисник вогнища, сім'ї, батьківщини. Його зброя призначена для визвольної місії, захисту життя, справедливості, свободи. Знаючи високу мету військової служби, її героїзація дозволила солдатам подолати багато труднощів. У той же час ставлення суспільства до його захисників спричинило почуття гордості за обраний ними шлях життя та довіру до їх суспільного призначення. Не дивлячичсь на усі так звані «непопулярні» війни в суспільстві, наукові дані показують, що кількість психічних розладів у арміях різних країн зросла. Слід зазначити, що в літературі психогенні розлади військового часу розглядаються окремо: у учасників бойових дій і в популяції.

З викладеної позиції, нинішня ситуація в нашій армії викликала багато психічних розладів у військовослужбовців. Під час локальних воєн вони доповнюються найважливішими для сучасного військового офіцера та військовослужбовця особистими і в той же час соціальними та громадськими "міркуваннями" про цілі та методи війни та її наслідки. Військові лікарі все частіше використовують такі нетрадиційні, але відображаючі клінічну реальність термінології, такі як «бойова втома», психологічні стресові реакції, афективні розлади. А також "в'єтнамський", "афганський", "чеченський" синдром та інші. 15-20% військовослужбовців, які брали участь у війні в Афганістані під час військових дій в Карабасі, Абхазії, Таджикистані та Чечні, мають "хронічні посттравматичні умови", викликані стресом. До 12% комбатантів хотіли б присвятити своє життя будь-якій воюючій армії. Ці люди розвинули свої, перверсивні, погляди на заборону вбивств, грабежів та насильства. Вони поповнюють не тільки ряди солдатів у різних країнах світу, але й кримінальні структури. Найбільшою мірою це стосується учасників локальних війн, і перш за все в Афганістані та Чечні (досі немає статистики про війну на Донбасі). Фахівці називають ці війни "епідемією аморальності", що призводить до знецінення ідеї визвольної місії армії, криміналізації та психопатії багатьох військовослужбовців.

Аналіз поведінки солдатів та офіцерів, у тому числі в Афганістані та Чечні, дозволяє привернути увагу до того факту, що "поряд з справжнім героїзмом, взаємною вигодою, боротьбою братства та іншими відносно позитивними ознаками війни є пограбування та, середньовічні катування та жорстокість щодо ув'язнених, спотворене сексуальне насильство щодо населення (особливо на чужій території), збройне пограбування та розграбування, які є невід'ємною частиною будь-якої війни.

Невідворотність відплати за вчинені злочини, як правило, не відразу визнається, але через певний час, на відміну від публічно проголошених героїчних спогадів, постійне відчуття тривоги і провини за діяння призводить до деформації особистості, вона мовчки проектує у всіх міжособистісних відносинах, що складають частину емоційного поля, а іноді і весь емоційний фон. Психічна травма, психологічний шок та їх наслідки - ось що визначить до кінця дня психіку тих, хто пережив військові конфлікти.

**РОЗДІЛ 2. ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ПТСР В УЧАСНИКІВ ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТІВ**

**2.1 Реакція нервової системи військовослужбовця на жахи збройного конфлікту**

Оскільки ветерани з’явилися у виняткових, за сучасними мірками, умовах, їм для виживання потрібні були такі навички і способи поведінки, які не можна вважати нормальними і загальноприйнятими в мирному житті. Багато з цих стереотипів поведінки, придатних тільки для бойової обстановки, так глибоко пустили коріння, що будуть позначатися ще багато років.

Травмуючі події траплялися з людьми за всіх часів, але ветерани воєн і збройних локальних конфліктів займають особливе місце, оскільки на їх долю випала дуже велика доза нелюдських переживань. Жахи війни вплинули не тільки своєю інтенсивністю, але й частою повторюваністю: травми слідували одна за одною, так що у людини не було часу "прийти в себе".

Щоб переконатися, наскільки це природно і наскільки важливо для душевного комфорту, звернемося ще раз до психіатричного визначення: лікарі вважають, що подія, яка має всі ознаки травмуючої, складе свою дію на будь-яку людину. А це означає, що втрата душевної рівноваги, бурхливі психічні прояви в цьому випадку абсолютно нормальні.

Якщо травма була порівняно невеликою, то підвищена тривожність і інші симптоми стресу поступово пройдуть протягом декількох годин, днів або тижнів. Якщо ж травма була сильною або травмуючі події повторювалися багаторазово, хвороблива реакція може зберегтися на багато років.

Наприклад, у сучасних бойових ветеранів гул низько гелікоптера або звук, що нагадує вибух, може викликати гостру стресову реакцію, "як на війні". У той же час людина прагне думати, відчувати і діяти так, щоб уникнути важких спогадів.

Подібно до того, як ми отримуємо імунітет до певної хвороби, наша психіка виробляє особливий механізм для захисту від хворобливих переживань. Наприклад, людина, що пережила трагічну втрату близьких, в подальшому підсвідомо уникає встановлювати з кимось тісний емоційний контакт. Якщо людині здається, що в критичній ситуації вона повелася безвідповідально, їй згодом буде важко брати на себе відповідальність за когось або за щось.

Проблема психічного здоров'я військовослужбовців, що беруть участь в сучасних локальних війнах і збройних конфліктах, є на сьогоднішній день однією з найбільш актуальних для вітчизняної військової психіатрії, а психолого-психіатричні наслідки бойової психічної травми (БПТ), особливо в контексті медико-реабілітаційних завдань, - зона взаємного наукового і практичного інтересів як цивільних, так і військових фахівців. Під бойовим стресом слід розуміти багаторівневий процес адаптаційної активності людського організму в умовах бойової обстановки, що супроводжується напругою механізмів реактивної саморегуляції і закріпленням специфічних пристосувальних психофізіологічних змін.

Стан бойового стресу в умовах театру військових дій переносить кожен. З'являючись ще до прямого контакту з реальною вітальної загрозою, бойовий стрес триває аж до виходу із зони військових дій. Завдяки стресовому механізму закріплюється пам'ятний слід нових емоційно-поведінкових навичок і стереотипів, першочергово значимих для збереження життя. Бойовий стрес в той же час є станом дестабілізуючим, предпатологічним, що обмежує функціональний резерв організму, збільшує ризик дезінтеграції психічної діяльності та стійких соматовегетативних дисфункцій.

Частота гострих стресових реакцій серед військовослужбовців в умовах ведення важких інтенсивних боїв зазвичай сягає 10-25%. При поганій навченості військ, невмілому керівництві ними, дефіциті об'єктивної інформації аномальні стресові реакції можуть по механізмам індукції блискавично охопити майже 100% особового складу, виливаючись у явище, відоме як колективна паніка

Клінічні прояви бойової психічної травми тісно пов'язані з характером бойових дій і тривалістю перебування в бойовій обстановці. Істотне модифікуюче значення в її формуванні і динаміці мають відсутність соціальної підтримки з боку суспільства, товаришів по службі і командирів, недостатня згуртованість підрозділу, фактори біологічної депривації (їжі, сну, відпочинку). Фактори конституціональної схильності виявляють значущість у початковий період перебування в бойовій обстановці, при цьому превалює реагування у вигляді "втечі від реальності".

Поряд з природними, "нормальними" психологічними реакціями тривоги і страху без ознак дисфункції психічної діяльності в умовах інтенсивних бойових дій досить часто виникають транзиторні психічні розлади - гострі реакції на стрес, які мають картину змішаних і мінливих симптомів депресії, тривоги, гніву, розпачу, ажитації, гіперактивності або загальмованості (аж до дисоціативного ступору) на тлі явищ оглушення, звуження поля свідомості, нездатності адекватно реагувати на зовнішні стимули, іноді з наступною частковою або повною амнезією. Розвиток гострих стресових реакцій серед особового складу негативно позначається на рівні боєздатності військ і нерідко створює додаткову загрозу життю для самого комбатанта або його товаришів. Оскільки жоден з симптомів дистресу людина не переносить довго і всі вони припиняються швидко (від декількох годин до двох-трьох днів), синдромологічна оцінка стану уражених по суті неможлива. Однак наявність таких симптомів вже вимагає проведення невідкладних психокорекційних заходів, зважаючи на небезпеку розвитку більш тривалих і менш оборотних неспецифічних, а далі - і нозоспеціфічних стресових розладів.

У бойовій обстановці головні причини психологічного стресу - загроза життю і відповідальність за виконання завдання, недостатність і невизначеність інформації, що надходить, дефіцит часу при прийнятті рішень і здійсненні бойових дій, невідповідність рівня професійних навичок вимогам, що пред'являються умовами бою до особистості, психологічна непідготовленість до виконання конкретного завдання, невпевненість у надійності зброї, відсутність довіри до командування, фактори ізоляції (при діях у відриві від основних сил, знаходження в ізольованих укриттях) і т. д.

Розлад психічної діяльності пов'язаний з травмуючим психіку переживанням, обумовленим бойовою обстановкою, однак ступінь його значною мірою залежить від сукупності реакції на цей фактор всього підрозділу. Колективна реакція робить сильний вплив на дисципліну і організованість підрозділів.

Іншим фактором, що впливає на психіку людини, є ступінь оволодіння зброєю та бойовою технікою, повнота об'єктивного уявлення про майбутні умови ведення бойових дій. Важливим фактором, що сприяє виникненню БПТ, є порушення режиму сну. Вже після однієї безсонної ночі боєздатність знижується, швидко зменшується обсяг пам'яті, в першу чергу короткочасної, що призводить до меншого засвоєнню інформації, що надходить і ускладнює прийняття рішень у відповідальні моменти. Реакція на раптово виниклі критичні ситуації знижується.

Всі психічні порушення військового часу фахівці об'єднують в три основні групи. В першу чергу виділяють порушення психіки, провідним симптомом яких є патологічний страх. Його типову картину становлять: серцебиття, холодний піт, сухість у роті, тремтіння кінцівок, що охоплює під час все тіло, мимовільне відділення сечі і калу, функціональні паралічі кінцівок, заїкання, втрата мови.

Розрізняють рухові і заціпенілі форми страху. Рухові представляють собою, як правило, різні види неконтрольованих рухів, наприклад: втеча від джерела небезпеки. Військовослужбовець, охоплений заціпенілої формою страху, знаходиться в заціпенінні, обличчя у нього сірого кольору, погляд погасаючий, контакт з ним утруднений. До цієї групи відносять також "приховану" форму страху, яка отримала назву "гарячкова пасивність" і характеризується безглуздою діяльністю, яка призводить до зриву завдання. У штабах така "активність" сповільнює або навіть паралізує роботу. Конкретним її проявом може бути утворення нових робочих груп, які нічого суттєвого не роблять, крім організації численних телефонних дзвінків і радіограм, що суперечать одне одному.

Почуття страху серед людей поширюється як ланцюгова реакція, що пояснюється відсутністю у особистості при знаходженні в організованому колективі персональної відповідальності і переважаючих в її діях емоціям які найчастіше носять примітивний характер. Це призводить до виникнення колективних реакцій, одна з яких - паніка.

Друга група реакцій є спроби людини "викреслити бойові епізоди з пам'яті". Наслідками таких реакцій найчастіше є різні дисциплінарні проступки, вживання алкоголю, наркоманія. Як правило, зазначені реакції виникають після бойових дій, але можуть виникнути і в період.

У третю групу виділяють порушення, іменовані бойової втомою, пов'язані з тривалим веденням бойових дій. У цій групі виділяють "бойовий шок" - проста емоційна реакція, яка виникає через кілька годин або днів інтенсивних бойових дій. Характеризується почуттям тривоги, депресією і страхом. "Бойова перевтома" виникає через кілька тижнів бойових дій середньої інтенсивності.

БПТ розрізняють також за ступенем тяжкості. Найбільш частими їх проявами в легкого ступеня є надмірна дратівливість, нервозність, замкнутість, втрата апетиту, головні болі, швидка стомлюваність. У випадках середньої тяжкості психічні порушення проявляються у вигляді істеричної реакції, агресивності, тимчасової втрати пам'яті, депресії, підвищеної чутливості до шуму, патологічного страху, що переходить іноді в паніку, втрати відчуття реальності того, що відбувається. У важких випадках в уражених виникають порушення слуху, зору, мови, координації рухів.

"Бойові рефлекси» не здавалися чимось незвичайним, поки людина перебувала в районі військових дій. Але повертаючись додому, потрапляючи в таке середовище, де подібні рефлекси виробляти, щонайменше, дивно, вона не може адаптуватися. Тисячу разів, прямо і побічно, безліччю різних способів людині вказували, що пора припинити поводитися як на війні. Але ніхто не пояснив, яким чином це зробити.

За розповідями багатьох ветеранів, повернення додому було не менш, а то й більш важким, ніж військові переживання: ні з ким було поговорити по душам, ніде не відчувалося повної безпеки, і легше було придушувати емоції, ніж дозволити їм вирватися назовні, з ризиком втратити контроль. У такій ситуації психічна напруга довгий час не знаходить собі виходу.

**2.2 Посттравматичний стресовий синдром: причини виникнення та механізм розвитку в учасників збройних конфліктів**

Отже, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) виникає як відставлена ​​чи затяжна реакція на стресову подію або ситуацію виключно загрозливого або катастрофічного характеру, які можуть викликати дистрес практично у будь-якої людини (природні і штучні катастрофи, битви, спостереження за насильницькою смертю інших, роль жертви тортур, тероризму та ін. За своєю суттю ПТСР – це реакція на потужні емоційні подразники, на стресову ситуацію.

У число основних психологічних чинників ПТСР зазвичай включають страх бути вбитим, отримати поранення або потрапити в полон, враження від картини поранення і загибелі товаришів по службі, почуття провини за загибель товаришів, біль, випробувану самим пораненим при пораненні і його переживання з приводу своєї подальшої долі, які зазвичай поглиблюються неминучим почуттям надмірної фізичної і психічної перевтоми.

За якими ж ознаками можна розпізнати присутність посттравматичного стресу? Якщо ми говоримо, що та чи інша людина "хвора" посттравматичним стресом, - що саме ми маємо на увазі? Перш за все те, що ця людина пережила травмуючу подію, тобто відчула щось жахливе, що не часто трапляється з людьми. За визначенням психіатрів, травмуючою називають подію, що «виходить за межі нормального людського досвіду".

Війна в Південно-Східній Азії, в ході якої було висаджено більше боєприпасів, ніж усіма воюючими сторонами у Другій світовій війні, породила дуже багато травмуючих переживань. Що відбувалося там просто не вкладається в голові, не має нічого спільного з нормальним людським життям.

Але посттравматичний стрес - це не тільки наявність травмуючої події в минулому. Така подія - тільки частина загальної картини, зовнішня обставина, яка відіграла свою роль у хворобливому процесі.

Травмуючі події траплялися з людьми за всіх часів. Але в'єтнамські ветерани займають особливе місце, оскільки на їх долю випала дуже велика доза нелюдських переживань. Жахи тієї війни вплинули не тільки своєю інтенсивністю, але й частою повторюваністю: травми слідували одна за одною, так що у людини не було часу «прийти в себе».

Друга причина посттравматичного стресу належить до внутрішнього світу особистості і пов'язана з реакцією людини на пережиті події. Всі ми реагуємо по-різному: трагічна подія може завдати важку травму одному і майже не торкнеться психіки іншого. Дуже важливо також, в який момент відбувається подія: одна і та ж людина в різний час може реагувати по-різному.

Найбільш безпосередніми психічними проявами ПТСР є сильні, відносно короткочасні емоційні переживання. Одні з них можуть бути відносно простими, фізіологічними, якими є реакція страху, паніки. Інші характеризуються більш складними проявами, що протікають на психотичному рівні. У інших розвиваються патологічні стани, що протікають на невротичному рівні - невротичні реакції, які нерідко приймають затяжний характер.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) у нас найчастіше називають "чеченським" або "афганським" синдромом. «Донбаський» синдром ще не ввійшов у побут. Це абсолютно правильно, тому що походження розладу абсолютно чітко пов'язано з важким, вкрай важким переживанням, яке виходить далеко за рамки звичайного людського досвіду. Війни, раптові техногенні та природні катастрофи, грубе і загрозливе життю насильство - ось ситуації, переживши які, людина ризикує захворіти ПТСР.

ПТСР описано порівняно недавно; це зробили американські психіатри, які вивчали ветеранів війни у В'єтнамі. На превеликий жаль, частота цього розладу в Україні повинна бути дуже великою - з огляду на війну, що продовжується вже чотири роки.

Враження, яке справляють хворі на ПТСР на оточуючих, приємними не назвеш. Хворі виглядають ворожими, замкнутими, грубими. З ними важко розмовляти, тому що ніяк не вдається досягти взаєморозуміння, як ніби говориш з ними на різних мовах. Часто здається, що хворий відноситься до тебе з презирством, тримає себе нарочито зухвало, "в гріш тебе не ставить". Зрозуміло, що в зв'язку з цим люди, які страждають ПТСР, насилу влаштовуються і важче утримуються на роботі, особливо якщо врахувати, що звичайні вимоги до трудової дисципліни виявляються для них неприйнятними. Несприятливий "імідж" цих людей погіршується їх схильністю до спиртного і наркотиків. Все це сприяє їх соціальному відторгненню, в результаті вони дуже часто залучаються до кримінальних структур.

Але це тільки одна сторона медалі. Суб'єктивно ПТСР виглядає абсолютно інакше. Це глибоко страждаючі нещасні люди, що роздираються страшними спогадами про пережите; ці спогади раптово, поза волею виникають все знову і знову, наяву і уві сні - що особливо страшно, тому що сон у них і без того порушений, а коли вдається заснути, він переривається жахливими сновидіннями. Важкий настрій переслідує їх постійно. Він посилюється враженням, що більшість людей, які не пережили того, що пережили вони, не в змозі їх зрозуміти. Спілкуватися ж з товаришами по нещастю важко з тієї причини, що це спілкування оживляє спогади, від яких так хотілося б звільнитися.

#### Виділено кілька варіантів виникнення посттравматичних стресових розладів у бойових умовах

Гостра бойова психічна травма. Виникає в стрімких і бурхливо мінливих обставинах бою. Виявляється різкими, але не психотичними змінами психічної діяльності. Пораненими і хворими відзначається «суб'єктивна раптовість». Деякі говорили про те, що «не встиг навіть злякатися, біль і страх виник потім, коли побачив кров». Емоційні стани у різних поранених військовослужбовців були, нерідко, полярними. У одних відзначалися тривога, страх, ажитація, відчуття безвихідності ситуації, у інших апатія, «все відбувалося як у сні», «як ніби не зі мною», «дивився на це все як би з боку».

Пролонгована (хронічна) бойова психічна травма. При ній стресові фактори були розтягнуті за часом (від декількох годин до декількох тижнів) - відбувається накопичення емоційної напруги і негативних переживань. Хворі розповідали про свої переживання з приводу можливого наглого нападу бойовиків, майбутнього бою, загибелі товаришів по службі, страху «підірватися на міні», «стати мішенню для снайпера». При цьому на тлі емоційної напруги одні відчували невпевненість, тривогу і страх, інші - байдужість, пригніченість.

Спостерігалася варіативність виникнення і розвитку хворобливого емоційного стану, але, як правило, на першій стадії відбувалося накопичення емоційної напруги, яке в силу взаємодії певних особистісних особливостей і ситуативних впливів не знаходило відреагування.

Запущений, давно існуючий посттравматичний стресовий розлад лікувати важко. Не тільки тому, що застарілі хвороби взагалі важко лікувати, але і в силу специфіки страждання: адже лікарі теж здаються хворим людьми, нездатними їх зрозуміти. У США ефективна допомога особам, що давно страждають ПТСР, виявляється через мережу спеціалізованих громадських установ. Подібних до них в Україні поки немає.

**2.3 Симптоми і наслідки посттравматичного синдрому у колишніх військовослужбовців**

Коли у людини немає можливості розрядити внутрішню напругу, її тіло і психіка знаходять спосіб пристосуватися до цієї напруги. У цьому, в принципі, і полягає механізм посттравматичного стресу. Його симптоми - які в комплексі виглядають як психічне відхилення - насправді не що інше, як глибоко вкорінені способи поведінки, пов'язані з екстремальними подіями в минулому.

При посттравматичних стресових порушеннях спостерігаються такі клінічні симптоми:

1. «Надпильність». Людина пильно стежить за всім, що відбувається навколо, як їй загрожує небезпека. Але ця небезпека не тільки зовнішня, але і внутрішня - вона полягає в тому, що небажані травматичні враження, що володіють руйнівною силою, прорвуться до тями. Часто «надпильність» проявляється у вигляді постійного фізичного напруження. Це фізичне напруження, яке не дозволяє розслабитися і відпочити, може створити чимало проблем. По-перше, підтримка такого високого рівня пильності вимагає постійної уваги і величезних витрат енергії. По-друге, людині починає здаватися, що це і є його основна проблема і як тільки напругу вдасться зменшити або розслабитися, все буде добре.

Насправді фізичне напруження може виконувати захисну функцію - захищає нашу свідомість і не можна прибирати психологічний захист, поки не зменшилася інтенсивність переживань. Коли ж це станеться, фізичне напруження піде саме.

2. Перебільшене реагування. За найменшої несподіванки людина робить стрімкі рухи (кидається на землю при звуці низько пролітає гвинтокрила, різко обертається і приймає бойову позу, коли хтось наближається до нього з-за спини), раптово здригається, кидається бігти, голосно кричить і т. д.

3. Притуплення емоцій. Буває, що людина повністю або частково втрачає здатність до емоційних проявів. Їй важко встановлювати близькі та дружні зв'язки з оточуючими, їй недоступні радість, любов, творчий підйом, грайливість і спонтанність. Багато ветеранів скаржаться, що з психотравмуючої ситуації їм стало набагато важче відчувати ці почуття.

4. Агресивність. Прагнення вирішувати проблеми за допомогою грубої сили. Хоча, як правило, це стосується фізичного силового впливу, але зустрічається також психічна, емоційна і вербальна агресивність. Попросту кажучи, людина схильна застосовувати силовий тиск на оточуючих щоразу, коли хоче домогтися свого, навіть якщо мета не є життєво важливою.

5. Порушення пам'яті та концентрації уваги. Людина відчуває труднощі, коли потрібно зосередитися або щось згадати, принаймні, такі труднощі виникають при певних обставинах. В деякі моменти концентрація може бути прекрасною, але варто з'явитися якомусь стресовому чиннику, як людина втрачає здатність зосередитися.

6. Депресія. У стані посттравматичного стресу депресія досягає самих темних і безпросвітних глибин людського відчаю, коли здається, що все безглуздо і марно. Цьому почуттю депресії супроводжують нервове виснаження, апатія і негативне ставлення до життя.

7. Загальна тривожність. Виявляється на фізіологічному рівні (ломота в спині, спазми шлунку, головний біль), у психічній сфері (постійне занепокоєння і стурбованість, "параноїдальні" явища - наприклад, необґрунтований страх переслідування), в емоційних переживаннях (постійне відчуття страху, невпевненість у собі, комплекс провини).

8. Напади люті. Чи не припливи помірного гніву, а саме вибухи люті. Багато ветеранів повідомляють, що такі напади частіше виникають під дією наркотичних речовин, особливо алкоголю. Однак бувають і під час відсутності алкоголю або наркотиків, так що було б неправильно вважати сп'яніння головною причиною цих явищ.

9. Зловживання наркотичними і лікарськими речовинами. У спробі знизити інтенсивність посттравматичних симптомів багато ветеранів, зловживають тютюнопалінням, алкоголем і (меншою мірою) іншими наркотичними речовинами. Важливо відзначити, що серед ветеранів - жертв ПТСР існують ще дві великі групи: ті, хто приймає тільки лікарські препарати, прописані лікарем, і ті, хто взагалі не бере ні ліків, ні наркотиків.

10. Непрохані спогади. Мабуть, це найбільш важливий симптом, який дає право говорити про присутність ПТСР. У пам'яті раптово спливають моторошні, потворні сцени, пов'язані з травмуючою подією. Ці спогади можуть виникати як уві сні, так і під час неспання.

Наяву вони з'являються в тих випадках, коли навколишнє середовище чимось нагадує "той час", тобто час травмуючої події: запах, видовище, звук, ніби що з тієї пори. Яскраві образи минулого обрушуються на психіку і викликають сильний стрес. Головна відмінність від спогадів у тому, що посттравматичні "непрохані спогади" супроводжуються сильними почуттями тривоги і страху.

Непрохані спогади, які надходять уві сні, називають нічними кошмарами. У ветеранів війни ці сновидіння часто (але не завжди) пов'язані з бойовими діями. Сни такого роду бувають, як правило, двох типів: перші, з точністю відеозапису, передають травмуючу подію так, як вона закарбувалася в пам'яті пережившої людини; в снах другого типу обстановка і персонажі можуть бути зовсім іншими, але принаймні деякі з елементів (особа, ситуація, відчуття) подібні до тих, які мали місце під час травмуючої події. Людина прокидається від такого сну зовсім розбитою; її м'язи напружені, вона вся в поту.

У медичній літературі нічне потіння іноді розглядають як самостійний симптом, на тій підставі, що багато пацієнтів прокидаються мокрими від поту, але не пам'ятають, що їм снилося. Проте, очевидно, потіння проявляється саме як реакція на сновидіння, незалежно від того, закарбувалось воно чи ні. Багато ветеранів та їх близькі відзначають, що під час сну людина кидається в ліжку і прокидається зі стиснутими кулаками; немов готова до бійки.

Такі сновидіння є, мабуть, самим страшним аспектом ПТСР для людини, і люди рідко погоджуються говорити про це.

11. Галюцинаційні переживання. Це особливий різновид непрошених спогадів про травмуючі події за тією різницею, що при галюцинаторному переживанні пам'ять виступає яскраво, що події поточного моменту як би відходять на другий план і здаються менш реальними, ніж спогади. У цьому "галюцинаторному", відчуженому стані людина веде себе так, ніби вона знову в минулому, під час травмуючої події; вона діє, думає і відчуває так само, як в той момент, коли довелося рятувати своє життя.

Галюцинаційні переживання властиві не всім: це всього лише різновид непрошених спогадів, для яких характерна особлива яскравість і хворобливість. Вони частіше виникають під впливом наркотичних речовин, зокрема алкоголю, проте галюцинаційні переживання можуть з'явитися у людини і в тверезому стані, а також у того, хто ніколи не вживає наркотичних речовин.

12. Проблеми зі сном (труднощі з засинанням і переривистий сон). Коли людину відвідують нічні кошмари, є підстави вважати, що вона сама мимоволі противиться засипанню, і саме в цьому причина його безсоння: людина боїться заснути і знову побачити цей сон. Регулярне недосипання, що веде до крайнього нервового виснаження, доповнює картину симптомів посттравматичного стресу.

13. Думки про самогубство. Людина часто думає про самогубство чи планує будь-які дії, які в кінцевому підсумку повинні привести її до смерті. Коли життя здається більш лякаючим і болючим ніж смерть, думка покінчити з усіма стражданнями може бути привабливою. Коли людина доходить до тієї межі відчаю, де не видно ніяких способів поправити своє становище, вона починає розмірковувати про самогубство.

Багато учасників бойових дій повідомляють, що в якийсь момент досягали цієї межі. Всі ті, хто знайшов в собі сили жити, прийшли до висновку: потрібно бажання і завзятість - і з часом з'являються більш світлі перспективи.

14. "Вина вижившого". Почуття провини через те, що вижив у важких випробуваннях, що коштували життя іншим, нерідко притаманне тим, хто страждає від "емоційної глухоти" (нездатності пережити радість, любов, співчуття і т. д.) з часу травмуючих подій. Багато жертв ПТСР готові на що завгодно, щоб уникнути нагадування про трагедію, про загибель товаришів. Сильне почуття провини іноді провокує напади самозневажливої поведінки.

Такі основні симптоми і перебіг посттравматичного стресу.

Рефлекс придушення заганяє неприємні почуття углиб - туди, де їх емоційний вплив відчувається з меншою інтенсивністю. Це, як правило, супроводжується постійною напругою м'язів тіла. І в міру того, як людина звикає придушувати в собі негативні почуття (гнів, ненависть, ревнощі, лють, підозрілість), вона одночасно втрачає здатність відчувати позитивні емоції (любов, доброту, дружелюбність, довіру). А адже саме позитивні почуття - до себе, до оточуючих, до життя - дають людині бажання і сили змінити щось в собі і в обставинах свого життя.

**РОЗДІЛ 3. АДАПТАЦІЯ І РЕАБІЛІТАЦІЯ УЧАСНИКІВ ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТІВ**

## 2.1.3.1. Основи побудови системи реадаптації та реабілітації в Збройних силах

Система реабілітації та реадаптації в Збройних силах базується на двох основних підходах:

1. У першому випадку, реабілітація і реадаптація розуміються як відновлення цільового психологічного ресурсу військовослужбовців. «Під цільовим психологічним ресурсом розуміється готовність психологічних можливостей військовослужбовця в доступних для використання обставинах соціального середовища, що обумовлює його здатність вирішувати бойові завдання певного типу (класу, рівня)». [[31]](" \l "_ftn31)
2. У другому випадку, як відновлення соціального, психічного статусу і підвищення адаптивних можливостей в мирному житті;

Для першого підходу розроблено Концепцію психологічного забезпечення бойових дій особового складу частин Сухопутних військ в локальних військових конфліктах. У викладі А. Г. Караяні, «психологічне забезпечення являє собою технологічну систему, призначену для формування, збереження і відновлення цільового психологічного ресурсу, необхідного учасникам локального військового конфлікту для ефективного вирішення ними бойових завдань. Вона виступає невід'ємним елементом системи вищого порядку - морально-психологічного забезпечення бою ».Дуже довгий час поняття «морально-психологічне забезпечення» військовими вченими не розроблялося. Капітан 1 рангу запасу В. Каширін зазначає: «Ми багато разів проводили опитування офіцерів про те, що ж вони розуміють під цим терміном, і отримували від них самі суперечливі відповіді».

Розробка Концепції проводилася в два етапи: теоретичний і експериментальний, і має серйозні наукові та практичні основи. Для реабілітаційної та реадаптаційної роботи в ній відводиться особливе місце (Додаток 1 «Структурно-логічна схема психологічного забезпечення бойових дій військ»), точно визначаються основні поняття, головні напрямки побудови та організації психологічної роботи.

Відповідно до цієї Концепції, рішення задач психологічного забезпечення здійснюється на стратегічному, оперативному і тактичному рівнях. На стратегічному рівні вирішуються завдання створення сприятливого зовнішнього середовища і психологічних передумов для ефективних бойових дій військ. Одним з важливих завдань роботи на цьому рівні є: «розгортання і організація функціонування системи психологічної реабілітації та соціально-психологічної реадаптації з урахуванням прогнозованих обсягів психотравматизації військовослужбовців і потреби в психологічній корекції». На оперативному рівні серед інших завдань, як найбільш важливе виділяється: «Здійснення першого етапу соціально-психологічної реадаптації воїнів, які завершили участь в бойових діях». На тактичному рівні психологічне забезпечення охоплює комплекс заходів, що стосуються лише частин і з'єднань, що діють безпосередньо в бойовій обстановці або готуються до вирішення бойових завдань.

Тобто, справжня Концепція передбачає, що реадаптація і реабілітація проводиться на тактичному, оперативному і стратегічному рівнях і включає в себе наступні елементи: «психологічний карантин» (перебування військовослужбовців деякий час в середовищі товаришів по службі з поступовим допуском в нього цивільних осіб); створення реадаптуючого соціального середовища в країні, місцях постійної дислокації, в сім'ях учасників бойових дій; проведення психореабілітаційних заходів з військовослужбовцями, що зазнали психотравматизації; психологічний моніторинг станів воїнів, які повернулися з району бойових дій.

Проблема реадаптації і більш глибокого відновлення психіки і організму солдата після військових дій стає актуальною вже безпосередньо після закінчення локального бою і військових дій загалом. Таке розуміння проблеми «психологічної дезінфекції» збройними силами всього світу сформувалося не відразу. Найбільш просунулися в цьому питанні фахівці армії США. Одну із загальних установок, на основі якої будується реадаптаційна система США можна сформулювати наступним чином: реадаптація починається в зоні бойових дій і при виведенні військ з місць збройного конфлікту. «Американське командування та військові психологи, вирішуючи проблему психологічної адаптації військовослужбовців при їх поверненні в мирне життя, акцентували увагу на наступних моментах:

- -виведені війська потребують психологічної підтримки, а військовослужбовцям, які повертаються в Штати, слід організувати теплий прийом, суть якого - «Ентузіазм, прощення і турбота»;

- - робота для оцінки психологічного стану військ і по ліквідації психологічних наслідків війни (стресів) повинна вестися в процесі переформування і передислокації частин;

- -«Втома після бою» може трансформуватися в посттравматичні розлади психіки (стреси). До цього треба ставитися як до природної реакції людини, що опинилася в протиприродній ситуації (на війні) ». [[36]](" \l "_ftn36)

В даний час в багатьох арміях світу прийнята система саме таких установок, що дозволяють правильно ставитися до післябойових проблем військовослужбовців. А також сприймати посттравматичний синдром як один з найпоширеніших наслідків війни.

Психологічна оцінка і самооцінка військовослужбовця і первинна психологічна допомога йому у вигляді консультацій, бесіди проводиться незабаром після бою на післябойових оглядах. Такий огляд в ідеалі допомагає військовослужбовцю розібратися в своїх переживаннях, настроях, зібратися з думками, проаналізувати, що ж сталося з ним в ході бою і після нього.

Система реадаптації будується з урахуванням потреб не тільки самого ветерана, а й його найближчого соціального оточення. Метою діяльності командирів, заступників з виховної роботи, військових психологів на етапі «карантину» є задоволення природних потреб учасників бойових дій у визнанні, розумінні, престижу, зняття психологічної напруженості, психологічна підготовка до мирних умов життєдіяльності. На даному етапі, як показує практика військових конфліктів в Афганістані, Перській затоці, Чечні, В'єтнамі, доцільно проведення наступних заходів: [37]

- -по-перше, необхідно здійснити ретельний розбір бойових дій особового складу, в ході якого оцінити внесок кожного у вирішення бойових завдань підрозділу, частини;

- -по-друге, протягом періоду реадаптації, військовослужбовці повинні бути залучені в ненудну і нескладну діяльність (бойове навчання, робота з обслуговування техніки, написання листів, культурна та спортивна діяльність); малорухливі заходи повинні бути зведені до мінімуму;

- - по-третє, необхідно організувати спеціальну психологічну підготовку учасників бойових подій до життя і діяльності в мирних умовах; тут доцільно використовувати лекції, бесіди, консультації, групові заняття;

- -по-четверте, досвід проведення реадаптації військовослужбовців показує, що необхідно вже на цьому етапі ретельно виявляти військовослужбовців, які отримали бойові психічні травми; на цьому етапі необхідно дотримуватися конфіденційності, тому що включається механізм «психіатричної стигматизації»;

Проблема своєчасного виявлення військовослужбовців, які отримали бойовий стрес, постає особливо гостро, якщо врахувати, що «при збереженні психотравмуючих впливів, відсутності терапії та деяких інших обставин ослаблена психічна дезадаптація поступово може стабілізуватися, в результаті чого невротичне реагування розширюється на все більш широке коло впливів на людину («загальна дезадаптація», невротичний стан і т. д.). Таким чином, чим більше часу проходить з моменту отримання бойового стресу, тим більше шансів, що у військовослужбовця розвинеться серйозна форма дезадаптації.

Якщо розуміти реадаптацію і реабілітацію як відновлення соціального, психічного статусу військовослужбовця і підвищення його адаптивних можливостей в мирному житті, то потрібно зазначити, що військові вчені і практики вважають доцільною трирівневу систему психологічної реадаптації ветеранів бойових дій: [39]

- -перший рівень базується на можливостях, які є у військових частині і військових комісаріатах;

- -другий рівень передбачає використання військових санаторіїв, будинків відпочинку, туристичних баз, реабілітаційних центрів ветеранських організацій;

- -третій рівень складають державні і недержавні реабілітаційні центри; світовий досвід свідчить, що число і пропускна здатність реабілітаційних центрів повинні забезпечувати перебування в них кожного ветерана протягом 11 тижнів, в тому числі з їх дружинами і дітьми;

Психореабілітаційні заходи проводяться в мирних умовах в спеціальних реабілітаційних центрах, державних і недержавних. У комплексі з медикаментозною терапією і роботою по відновленню соціального статусу військовослужбовця, проводяться і психологічні заходи, спрямовані на подолання ПТСР. «Реабілітація - це не тільки профілактика, лікування або працевлаштування, це, перш за все, новий підхід до людини». Наприклад, у реабілітаційному центрі республіки Білорусь використовується чимало коштів для реабілітації психіки. «По-перше, немедекаментозна терапія; психотерапія індивідуальна і групова; сімейне консультування; методики релаксації і біологічного зворотного зв'язку. По-друге - фізіотерапія ... Фізіотерапевтичні методи врівноважують і активізують процеси збудження і гальмування, сприятливо впливають на емоційно-вольову сферу, сприяють зняттю втоми, підвищують загальний тонус організму. По-третє - фармакотерапія, де накопичено великий досвід лікування і реабілітації розладів, пов'язаних з тривожністю ». Н. В. Якушкін зазначає, що у всіх реабілітаційних заходах необхідно звернення до особистості хворого. Шлях до одужання лежить через когнітивну переробку травми, трансформацію особистості, через особистісний ріст. Для одужання ветерану необхідно прийти до згоди з самим собою і реальними подіями свого військового життя. Життя військовослужбовців регулюється Статутом і наказами. Особистість військовослужбовця вторинна по відношенню до його обов'язків. Необхідність звернення до особистості військовослужбовця і до поняття особистісного зростання до сих пір не усвідомлена, не дивлячись на величезний світовий досвід і статистику психічних втрат в локальних війнах.

Психологічна робота в Збройних Силах з реабілітації та реадаптації грунтується на принципах:

**--**гуманізму, що підкреслює пріоритетність особистості військовослужбовця в системі цілей психологічного забезпечення та забезпечує моральний вибір засобів впливу на солдатів;

**--**системного підходу, який передбачає, що об'єктом діяльності є система «військовослужбовець-середовище»;

**--** конфіденційності, яка передбачає збереження таємниці про проблеми військовослужбовця, застосування психологічних знань про нього строго за призначенням;

**--**матеріально-технічної оснащеності, яка передбачає наявність відповідної бази для психологічних заходів;

Ефективність психологічного забезпечення можна оцінити через досягнення необхідного стану цільового психологічного ресурсу військовослужбовця: солдат повинен бути готовий діяти як в бойовій обстановці, так і після відповідної реабілітації і реадаптації нормально жити в мирних умовах.

**3.2 Реабілітація військовослужбовців - учасників військових конфліктів**

Проблема надання спеціалізованої допомоги потерпілому в результаті бойових дій населенню має два важливих і принципових аспекти: психологічний і власне психіатричний, що обумовлює необхідність комплексного підходу до вирішення даної проблеми з залученням різних фахівців суміжного профілю (психологів, психотерапевтів, лікарів-інтерністів та ін.). Саме такий підхід, як показує практика, здатний забезпечити не тільки своєчасну адекватну психіатричну допомогу, а й провести адресні психопрофілактичні і психокорекційні заходи, спрямовані на зниження тяжкості і вираженості психологічних, психічних і психосоматичних наслідків під час ведення бойових дій, а також в найближчі і віддалені періоди після їх завершення.

Але все ж, можливо уникнути розвитку посттравматичного стресового синдрому і бойової психічної травми. Для цього необхідно дотримуватися таких принципів і правила:

В значній мірі профілактика БПТ залежить від командира підрозділу, начальника, він повинен зменшувати дію на особовий склад психогенних факторів.

Перш за все, він зобов'язаний створювати впевненість у підлеглих в своїх діях, забезпечувати особовий склад всім необхідним, піклуватися про своєчасну організації ночівлі та відпочинку, вміти надавати першу психологічну допомогу.

Існують різні типи реагування на потрясіння, отримане в ході військових дій, які детально описані психіатром В.К. Хорошко.

Тип психічної реакції - *Нормальна*

Симптоми: мимовільні м'язові скорочення, м'язова напруга, пітливість, нудота, часте сечовипускання, прискорене дихання і серцебиття, тривожність, занепокоєння.

Рекомендовані заходи допомоги: індивідуальна психофізична підтримка, чітке керівництво з підкресленням позитивних ситуативних мотивів, спілкування з товаришами.

Що не рекомендується: фіксувати зайву увагу на цьому стані, підкреслювати серйозність становища, висміювати або залишатися байдужим.

Тип психічної реакції - *Знижена активність, депресія*

Симптоми: люди знаходяться в положенні стоячи або сидячи без руху і розмов, з байдужими обличчями. Іноді спостерігаються одноманітні рухи або монотонні удари частин тіла по будь-якому предмету.

Рекомендовані заходи допомоги: м'яко встановити з ними контакт, добитися того, щоб вони повідомили про те, що трапилося. Проявити участь і висловити солідарність. Запропонувати просту рутинну роботу, забезпечити теплою їжею і сигаретами.

Що не рекомендується: виявляти зайву жалість, застосовувати дисциплінарні заходи (за винятком крайніх випадків), проявляти зайву солідарність.

Тип психічної реакції - *Індивідуальна паніка*

Симптоми: безрозсудні спроби до втечі, неконтрольований плач, біг колами.

Рекомендовані заходи допомоги: проявити доброзичливу твердість, дати з'їсти або випити що-небудь тепле. Запропонувати закурити. Ізолювати, якщо є в цьому необхідність.

Що не рекомендується: застосовувати грубі заходи при ізоляції, обливати водою, призначати дисциплінарні заходи (за винятком крайніх випадків).

Тип психічної реакції - *Гіперактивність*

Симптоми: схильність до суперечок, швидка мова, виконання непотрібної роботи, перескакування з однієї роботи на іншу, висловлення нескінченних порад оточуючим.

Рекомендовані заходи допомоги: дати виговоритися, змусити виконувати фізичну роботу, запропонувати з'їсти або випити що-небудь тепле, закурити. Здійснювати контроль. Не виявляти інших почуттів.

Що не рекомендується: акцентувати увагу на стані військовослужбовця, вступати з ним у суперечку, призначати дисциплінарні заходи.

Тип психічної реакції *- Реакція з переважанням фізичних компонентів*

Симптоми: нудота, блювота, функціональні паралічі.

Рекомендовані заходи допомоги: показати свою зацікавленість, запропонувати просту, неважку роботу, створити необхідні умови при евакуації до медичного пункту.

Що не рекомендується: говорити постраждалим що з ними нічого серйозного не сталося, лаяти і висміювати, акцентувати увагу на їх стані. Важлива роль в підвищенні стійкості до стресу відводиться фізичній підготовці. У тих, хто постійно займається фізичною підготовкою розвиваються позитивні зміни в організмі, в тому числі у функціональному стані систем, що піддаються найбільшому впливу психогенних факторів. Найбільш важливим з них є зростання ефективності серцевої діяльності, поліпшення легеневої вентиляції, зменшення жирової тканини, зниження артеріального тиску.

Іншим фактором підвищення стійкості до стресу є індивідуальна і групова бойова виучка, ступінь володіння зброєю і бойовою технікою. Почуття впевненості в своїх силах, знаннях, у своїй зброї, своїх товаришах, командирах, у правильності прийнятих рішень і поставлених бойових завдань і, нарешті, в потрібності і значущості спільної справи дозволяють значною мірою підвищити стійкість до стресу.

Командири підрозділів повинні вміти своєчасно виявляти осіб з ознаками розвитку психотравм, при яких вони повинні бути евакуйовані з поля бою. Критеріями для евакуації, зокрема, є неможливість виконання функціональних обов'язків, необ'єктивна оцінка загрозливої ​​небезпеки, деморалізуючий вплив осіб з психічними травмами на особовий склад підрозділу, загроза з їхнього боку безпеці інших людей.

Практика участі в бойових діях військовослужбовців, що раніше отримали БПТ показує, що ймовірність отримання ними БПТ знову в 1.5 рази вище ніж у військовослужбовців, які мають такий же бойовий досвід, але не отримали БПТ. Тому людей, які отримали БПТ не слід використовувати для виконання бойових завдань. Основними принципами психосоціальної реабілітації є:

1. Своєчасність. Реабілітація повинна починатися відразу ж після закінчення бойових дій, навіть якщо ця пауза в службово-бойовій діяльності тимчасова.
2. По можливості збереження складу підрозділів.
3. Орієнтація в роботі з особовим складом на визнання високої значимості виконаних ними завдань і високу оцінку їх службово-бойової діяльності, виявлених при цьому кращих бойових якостей навіть якщо загальний підсумок бойових дій мав неуспішна характер.
4. Створення атмосфери турботи, психологічної підтримки військовослужбовців з боку командирів, вирівнювання їх відносин до військовослужбовців, котрі допустили раніше проступки і порушення.

Початковий період реабілітаційної роботи спрямовується на поступове виведення свідомості військовослужбовців з залученості в бойову ситуацію. Для цього періоду характерна наявність значного рівня високостимульованої бойовими стресами психічної та фізичної енергії. Весь цей потенціал потребує реалізації. Іншими словами, накопичена енергія повинна мати вихід. З цією метою необхідна організація занять, що вимагають фізичного навантаження, проте не перевищують обсягу загального навантаження, передбаченого програмою бойової підготовки. У цей період необхідно методом спостереження проводити діагностику психічних станів з метою своєчасного виявлення військовослужбовців з ознаками безпосередніх посттравматичних розладів психіки. Зовнішніми їх проявами є:

* зміна звичного стереотипу поведінки даного військовослужбовця на прямо протилежний. Раніше товариський, рухливий солдат стає замкнутим, відлюдним, тяжіє до усамітнення. І, навпаки, у раніше замкнутого, витриманого військовослужбовця з'являється нехарактерна для нього рухливість, товариськість, балакучість, часто безпричинні веселощі;
* підвищена дратівливість військовослужбовця, що переходить у відкриту агресивність з істеричними ознаками, сльозливість часто приходить на зміну агресії;
* так зване "вимикання" особистості, відчуженість від усього того, що відбувається навколо, часта і тривала статичність пози, погляду, втрата інтересу до життя підрозділу, байдужість до своїх товаришів і їх занять, відсутність власних інтересів і занять.

При наданні спеціалізованої психолого-психіатричної допомоги основним методом в період ведення активних бойових дій і в найближчі періоди після їх завершення виявилася психофармакотерапія. Аналіз результатів проведеного лікування показав, що для купірування гострої психотичної симптоматики найбільш ефективними серед нейролептиків виявилися аміназин, атакож еглоніл і сонапакс, що мають не тільки антипсихотичний, а й антидепресивний і вегетостабілізуючий ефект. Серед транквілізаторів найбільшу ефективність у постраждалих показали феназепам, ксанакс, клоназепам, які дозволили купірувати переживання страху, тривожну депресію, тривожно-вегетативні і тривожно-фобічні прояви. Широке застосування знайшли, особливо у осіб з психоорганічним синдромом, ноотропи (аминалон, пірацетам, ацефен).Для купірування психогенного епілептіформного синдрому, як і різного роду пароксизмальних станів, переважає застосування карбамазепіну, що має не тільки протисудомний, а й вегетостабілізуючий ефект. Депресивні стани, як правило, успішно піддавалися лікуванню амітриптиліном. Звертало на себе увагу те, що лікувальний ефект у постраждалих досягався при призначенні препаратів в значно менших дозах, ніж це прийнято в клінічній практиці. Варто наголоситина необхідності застосування на кожному етапі психіатричної допомоги комплексних заходів, що включають поряд з психофармакотерапією психотерапію та рефлексотерапію, спрямовані на підвищення захисно-пристосувальних і резервних можливостей організму; методи соціально-психологічної підтримки та соціально-трудової реабілітації постраждалих, що впливають на різні ланки патогенезу психічних порушень, що виникають у НС, включаючи її біологічні, психологічні та (опосередковано) соціальні механізми. «При організації даного виду спеціалізованої допомоги особливо важливе значення набув принцип активного виявлення постраждалих з різними формами психічних розладів на різних етапах їх формування в силу того, що у потерпілих відзначається певна ступінь анозогнозії і даний контингент неактивно звертається за медичною допомогою, недостатньо критичний до подій і власного здоров'я, прагне показати себе в кращому світлі і приховати проблеми, пов'язані саме з психічним здоров'ям ».

Однак основні зусилля реабілітації повинні бути в цей період зосереджені на спеціальних заходах, що проводяться психологами, психіатрами, медичними працівниками, і в першу чергу на психодіагностику, психофізіологічне обстеження, медичні огляди і на роботі по психорегуляції, психокорекції, заходи психотерапевтичного характеру. В першу чергу в поле пильної уваги фахівців повинні потрапити військовослужбовці з ознаками посттравматичних реакцій, які у них спостерігалися на початковому етапі реабілітації безпосередньо після закінчення бойових дій. Але необхідно мати на увазі, що ці реакції можуть мати відстрочений характер і проявитися через значний період часу після отримання психічної травми практично у будь-якого військовослужбовця. Діагностика психічних станів, рівня нервово-психічної діяльності, що проводиться психологами і психіатрами, повинна бути основним змістом роботи в ході медичного обстеження особового складу після повернення його з районів виконання військового завдання. Особлива увага повинна бути приділена проведенню бесід як групових, так і індивідуальних, в ході яких необхідно зорієнтувати в проблемах, що виникають в процесі їх реадаптації до звичайних умов життєдіяльності. А також психологічним особливостям цього періоду, дати зрозуміти, що це цілком природний процес, який, в кінцевому рахунку, дозволить знайти душевну рівновагу і психологічний комфорт, відсутність якого в даний час не є чимось незвичайним і не повинна викликати тривогу і побоювання за своє майбутнє, повинна бути основним змістом роботи в ході медичного обстеження особового складу після повернення його з районів виконання військового завдання. Особлива увага повинна бути приділена проведенню бесід як групових, так і індивідуальних, в ході яких необхідно зорієнтувати в проблемах, що виникають в процесі їх реадаптації до звичайних умов життєдіяльності.

**3.3 Технології реабілітаційної роботи з учасниками військових конфліктів для їх психосоціальної адаптації до умов мирного життя**

Існуюча в сучасній Україні ситуація дозволяє зараховувати військовослужбовців до соціально незахищених верств населення. Солдати, покликані захищати державу, самі потребують соціального захисту і допомоги, є об'єктами соціальної роботи.

Головна мета реабілітаційної роботи - здійснення реінтеграції: повернути людину з аномії хворобливої ситуації в соціальну норму, стабілізувати соціальний статус, направити особистісні ресурси на активне конструювання соціальної реальності, середовища проживання. «Соціальна інтеграція військовослужбовців є поняттям, яке синтезує реалізацію особистих, майнових, політичних прав, соціальних інтересів, освітніх та соціальних послуг, психологічної підтримки, житлового сервісу. Прийняті законодавчі акти і існуюча організація соціального захисту військовослужбовців та ветеранів явно недостатні і потребують подальшого розвитку і вдосконалення ».

Організаційна культура, професіоналізм і компетентність фахівців соціальних служб не відповідають сучасній ситуації, потрібна ширша система соціальних технологій підтримки, облік регіонального аспекту соціального захисту. Формування соціальної інтеграції в перспективі дозволить використовувати потенціал військовослужбовців в напрямку стабілізації суспільства, розвитку демократичних реформ, вирішення стратегічних завдань національної безпеки.

Соціально-психологічна адаптація до нового життєвого середовища включає рівні, різні за метою і засобом здійснення: соціально-психологічна компенсація кризового характеру звільнення; корекція ціннісно-нормативної основи поведінки; формування ефективних поведінкових стратегій. Адекватною формою роботи з офіцерами виступають спеціальні адаптаційні курси, інтегровані в навчальні програми професійної перепідготовки.

У підсумку, забезпечення успішної соціально-психологічної адаптації військовослужбовців виявляється проблемою як особистісною так і державною, рішення цієї проблеми дає можливість перейти до нових видів діяльності, соціальних ролей, статусів, забезпечує ефективність залучення підготовлених фахівців, допомагає успішно конкурувати на ринку праці. Професійна перепідготовка військовослужбовців залишається найбільш широкою організаційно-адаптаційною формою роботи з офіцерами, звільненими в запас, засобом їх інтеграції в нову систему соціально-трудових відносин.

Картина психічного стану і поведінки людини, яка отримала назву ПТСР, описує певний спосіб існування в цьому світі. Наше суспільство в цілому, і медична громадськість зокрема, склали свою думку про цей спосіб існування і назвали його хворобою; медики говорять не просто про посттравматичний стрес, але про «посттравматичний стресовий розлад». Програми психотерапевтичної допомоги ветеранам часто носять назву «сприяння соціальній адаптації», але однієї соціальної адаптації недостатньо для того, щоб людина перестала боятися, тривожиться.

Якщо сьогодні на обставини життя великий вплив мають хвилюючі спогади, поведінка, образ думок і почуттів, що прийшли в спадок з минулого, дуже важливо чесно визнати їх існування, навіть якщо комусь це здасться "ненормальним". Поступово дізнаючись, яким чином "травмуючі події" вплинули на ваше життя, ви одночасно прийдете до розуміння того, що зцілення - процес глибоко особистісний і охоплює майже всі сфери вашого життя, а значить не може зводитися до однієї лише «соціальної адаптації».

*Принципи терапії і корекції ПТСР*

* + Негайний початок лікування після психотравми в цілях запобігання розвитку хронічної форми ПТСР
  + Комплексне багаторічне лікування, що включає фармакотерапію та психотерапію.

*Індивідуальна психотерапія.*

Основне завдання: допомогти пацієнтові усвідомити справжню природу його проблеми, домогтися вирішення внутрішніх конфліктів і життєвої кризи.

Військовослужбовці, які мають подібні ознаки, потребують надання медико-психологічної допомоги, спеціальних заходів психокорекції та психотерапії. У прояві участі, турботи і зацікавленості їх переживаннями в достатній мірі, може бути укладена перша необхідна їм допомога. В індивідуальних бесідах з цими військовослужбовцями необхідно дати можливість висловити їм все наболіле, уважно їх вислухати, проявивши при цьому зацікавленість їхніми розповідями. На наступному етапі доцільно роз'яснити, що з ними відбувається і те, що це тимчасові переживання, які притаманні всім, хто був в бою. Крім того необхідно сформувати у цих військовослужбовців почуття товариської підтримки і впевненість, що його розуміють і завжди готові йому допомогти. Найголовніше - не допустити виникнення почуття самотності та залучення людини в це почуття.

*Було розроблено підхід психотерапевтичного навчання, який включає в себе шість компонентів*:

* + корекція найбільш частих помилкових уявлень щодо стресової реакції;
  + надання пацієнтові інформації про загальну природу стресової реакції;
  + фокусування на ролі надмірного стресу в розвитку захворювання;
  + приведення пацієнта до самостійного усвідомлення проявів стресової реакції і характерних симптомів ПТСР;
  + розвиток у пацієнта здатності до самоаналізу для ідентифікації характерних для нього стресорів;
  + повідомлення клініцистом пацієнтові про ту активну роль, яку він відіграє в терапії надмірного стресу.

Важливо навчити пацієнта методам релаксації, бо почуття тривоги і напруги дуже часто супроводжує його тривалий час після травми.

*Групова терапія.*

Основне завдання: допомогти хворому справитися з почуттям провини, станом безпорадності і безсилля, емоційним відчуженням, дратівливістю, гнівом і знайти втрачене почуття контролю над оточуючими, станом безпорадності і безсилля. Дуже важливі групи підтримки, в яких пацієнтові допоможуть глибше розібратися в значенні травматичної події та її наслідків. Наприклад, в США багато років існують групи підтримки ветеранів в'єтнамської війни, в Києві - група для підтримки ветеранів АТО/ООС.

*Сімейна терапія.*

Необхідно розповісти родичам про клінічні ознаки ПТСР, про переживання і почуття хворого, про принципи поведінки родичів в даній ситуації. Обов'язково необхідно проінформувати їх про тривалості перебігу цього захворювання і про можливий flasback-ефект. З близькими родичами також необхідне проведення психотерапевтичних сеансів, бо дуже часто поведінка хворого може сприяти розвитку у них прикордонних психічних розладів.

Робота з сім'ями повинна вестися безпосередньо при виконанні частинами службово-бойових завдань, коли надходить інформація з районів дій оперативно і своєчасно у можливому обсязі доводиться до членів сімей військовослужбовців, широко пропагується успішне виконання службово-бойових завдань, приклади мужності, рішучості, сумлінного виконання військового обов'язку. У бесідах з членами сімей їм видаються наступні рекомендації:

* уважне і зацікавлене слухання оповідань свого партнера про те, що йому довелося пережити. Дуже важливо цій людині виговоритися, особливо при моральній підтримці близької і коханої людини. Необхідно поділитися своїми переживаннями за час відсутності дружини і членів сім'ї;
* постаратися надати допомогу, допомогти психологічно повернутися в нормальне, звичне життя;
* проявити увагу і терпіння до проблем чоловіка, які неминуче виникають через бойовий стрес, до його психологічного дискомфорту, до підвищеної дратівливості, можливого тривалого депресивного стану і т. п. Це тимчасові явища, необхідно допомогти йому з ними впоратися;
* необхідно враховувати, що за час розлуки, пов'язаної з виконанням чоловіком службово-бойових завдань, обидва подружжя дещо змінилися. Необхідний якийсь час, щоб знову звикнути один до одного. Повернення чоловіка до звичного спільного життя може протікати не без ускладнень, проявіть розуміння і терпіння;
* особливу увагу необхідно приділити дітям. Важливо, щоб при відновленні ваших звичних відносин з чоловіком вони не виявилися без належної уваги і турботи;
* створити сприятливу інтимну обстановку. Дайте зрозуміти партнеру, що Ви його потребуєте і що підете йому назустріч;
* не заохочувати вживання чоловіком алкоголю. Спробувати тактовно дати йому зрозуміти, що це згубно для нього, ваших відносин і в цілому для сім'ї.

*Подружня терапія.*

Основне завдання: допомогти подружжю пристосуватися до тих змін, які відбулися з обома. При її проведенні необхідно враховувати сексуальні проблеми ветеранів, пов'язані з їх військовим минулим (гомосексуальна поведінка в ізольованих військових зонах, насильство над жінкамив зонах конфлікту, перенесені венеричні захворювання, зв'язок з повіями і т. п.).

*Соціально-історична корекція.*

Основне завдання: Купірування переживань і реакцій протесту проти громадської зневаги.

Шляхи досягнення: Обговорення історичної ситуації і визнання заслуг ветеранів у засобах масової інформації, соціальне схвалення учасників військових дій, стимуляція їх соціальної активності і затребуваності.

Адаптація повинна в основі своїй мати комплекс заходів щодо формування підтримки військовослужбовців, які виконували службово-бойові завдання як у сфері соціально-правових відносин, так і в сфері суспільної психології, морально-етичних відносин. Цим і відрізняється адаптація від реабілітації.

Іншими словами, повинна бути реалізована в тій чи іншій мірі потреба цих людей в суспільному визнанні виконуваного ними боргу і їх суспільної підтримки. На жаль, необхідно відзначити, що далеко не завжди громадська думка в державі була об'єктивно в оцінці службово-бойової діяльності військовослужбовців. Приклади цього мають місце по відношенню до колишніх воїнів-афганців.

Цей етап адаптації загрожує виникненням міжособистісних конфліктів між/всередині військових колективів, де частина військовослужбовців не брала безпосередньої участі у виконанні службово-бойових завдань і знаходилася весь цей час в пункті постійної дислокації. Виникає роздратування з приводу рівних собі людей, але не переживших того, що довелося пережити солдатам но полі бою. Вони найчастіше викликають агресію, причому не тільки у солдатів, сержантів за призовом, а й у офіцерського складу. Виходячи з цього, необхідно продумати і організувати ритуал урочистої зустрічі з виносом прапора частини і проведенням мітингу, воїни, що повернулися, повинні відчувати себе справжніми героями.

Для структур по роботі з особовим складом в цей час особливим напрямком їх діяльності повинні стати підготовка і проведення масових культурно-дозвіллєвих заходів з пропаганди бойової діяльності особового складу, подвигів, прикладів мужності, сумлінного виконання свого військового обов'язку, причому не тільки окремих воїнів, але і цілих підрозділів, екіпажів, розрахунків. Форми роботи: тематичні вечори, вечори-портрети, вечори вшанування героїв, вечори мужності і т. п.

Для участі в цих заходах необхідно залучити представників місцевих органів влади, громадськості, батьків, родичів, членів сімей військовослужбовців, ефективно використовувати зняті в районі бойових дій відеоматеріали, фотодокументи.

Іншим негативним симптомом дезадаптації військовослужбовців після повернення в звичайні умови служби є можливий прояв конфліктності між солдатами, сержантами і офіцерами, які не були з ними "там", коли цілком законна статутна вимогливість останніх може не завжди адекватно сприйматися їх підлеглими. Тут необхідно проявити досить такту і розуміння психологічної прихильності до своїх бойових командирів більш високої авторитетності в очах підлеглих. Доцільно на початковому етапі реадаптації, залишити важелі управління бойовими підрозділами в руках їх бойових командирів.

Всі ці негативні наслідки виконання службово-бойових завдань в умовах, пов'язаних з ризиком для життя, є предметом спеціальних психосоціальних реабілітаційних заходів, що проводяться психологами, медичними та соціальними працівниками.

Для багатьох ветеранів війна досі присутній в їхньому житті. Пов'язані з війною переживання і спогади для них реальні тут і зараз. А значить, щоб виконати рекомендацію "будь тут і зараз", їм необхідно згадати те, що було раніше.

Життєвий досвід - найбагатше джерело знань про наші власні сильні і слабкі сторони.

Істинне фізичне і душевне здоров'я полягає не в тому, щоб відповідати чиїмось нормам і стандартам, а в тому, щоб прийти до згоди з самим собою і реальними фактами свого життя.

Іншим негативним наслідком такого підходу є те, що повіривши в нього пацієнти, не зумівши змусити себе діяти, думати і відчувати так, як "прийнято" в нашому суспільстві, прийдуть у відчай і втратять віру в одужання. Насправді ж на шляху до істинного, а не ілюзорного зцілення, не настільки важливо поводитися "як всі", але дуже важливо бути гранично чесним із самим собою, оцінюючи те, що відбувається в житті в даний момент. Якщо сьогодні на обставини життя великий вплив мають хвилюючі спогади, поведінка, образ думок і почуттів, що прийшли в спадок з минулого, дуже важливо чесно визнати їх існування, навіть якщо комусь це здасться "ненормальним". Поступово дізнаючись, яким чином "травмуючі події" вплинули на ваше життя, ви одночасно прийдете до розуміння того, що зцілення - процес глибоко особистісний і охоплює майже всі сфери вашого життя, а значить не може зводитися до однієї лише "соціальної адаптації".

Подібним же чином і "соціально-адаптаційний" підхід до проблем людей, що побували за гранню нормального людського досвіду, утримується в рамках тих стандартів і цінностей, які притаманні звичайному, далекому від небезпеки життю. Правильні дії вимагають порушення штучних кордонів, які ми самі поставили: хворобливі явища, породжені екстремальною ситуацією, слід лікувати нестандартними методами, вийшовши за межі штучної схеми "соціальної адаптації".

Найважливіше, що слід знати про посттравматичний стрес: навіть після довгих років сум'яття, страху і депресії, можна знову знайти життєву рівновагу, якщо поставити перед собою таку мету і наполегливо йти до неї. Це доведено на прикладі багатьох людей, які пережили травму і довго страждали від посттравматичних хворобливих явищ. Навчившись розпізнавати наслідки пережитих екстремальних обставин, люди розуміють, що вони цілком нормальні, що хворобливі явища - природний результат важких подій в минулому. Таке розуміння приводить до внутрішнього прийняття того, що сталося в житті, і до примирення з самим собою.

Зцілення саме і полягає в тому, щоб примиритися з самим собою, побачити себе таким, як є насправді і, вносячи зміни в своє життя, діяти не всупереч своєї індивідуальності, а в союзі з нею. Це і є справжня завдання зцілення. Змінити минуле людина не в силах: його не зробиш більш прекрасним або хоча б менш потворним, але його справжні почуття, уявлення про себе, про минуле, про те, який сенс закладений в ньому, - можуть стати іншими.

**3.4. Практичне дослідження ПТСР у військовослужбовців**

Для перевірки ефективності запропонованих методик та способів реабілітації була сформована (*див. додаток 3, етап 2*) група з 40 військовослужбовців, середній досвід перебування яких в зоні АТО/ОСС складав 6 місяців, вік – від 20 до 43 років. Був проведений аналіз на наявність ПТСР, результати якого наведені в таблиці нижче:

**Табл. 1**–Результати показників військовослужбовців, учасників бойових дій

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Кількість людей | % |
| ПТСР | 17 | 42,5 |
| Часткові симптоми | 14 | 35 |
| Без ПТСР | 9 | 22,5 |
| Всього | 40 | 100,0 |

Використовуючи способи реабілітації, що були описані в попередньому розділі, вдалося дещо поліпшити стан військовослужбовців, що страждають на ПТСР. Наприклад, результати співвідношення ефективності індивідуальної та групової психотерапії наведені в *діаграмі 1.*

Загальні показники ПТСР у військовослужбовців наведені в наступній таблиці:

**Табл. 2**–Результати показників ПТСР військовослужбовців після реабілітації

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Кількість людей | % |
| ПТСР | 10 | 25 |
| Часткові симптоми | 16 | 40 |
| Без ПТСР | 14 | 35 |
| Всього | 40 | 100,0 |

\*Кількість військовослужбовців із частковою симптоматикою збільшилась через покращення стану першої групи, повне видужання не спостерігалося.

Методика, що наведена в додатку 4, показала непогані результати, всі роль були відіграні чудово, солдатам стало суб’єктивно легше. Методика раціональної психотерапії (додаток 5) нажаль себе не виправдала. Можливо через нестачу досвіду в реабілітолога, а можливо через психічну неготовність солдат до сприйняття інформації розумом, а не почуттями.

Під час опитування військовослужбовців стало зрозуміло, що вони надзвичайно розраховують на проведення соціально-історичної корекції, бо, на жаль, в нашій країні досі не встановилася одна об’єктивна точка зору на агресію з боку Росії.

Було розроблено список простих стратегій, які допоможуть в подоланні ПТСР:

• Їсти здорову їжу. Це звучить так просто, але скільки з нас насправді це робить? Погана дієта збільшить рівень стресу - якщо у вас виникнуть сумніви, поговоріть зі своїм лікарем або дієтологом.

• Виконуйте регулярні аеробні вправи, такі як ходьба, біг підтюпцем, плавання або їзда на велосипеді. Можливо, ви захочете скористатися цією можливістю, щоб йти на регулярні прогулянки разом із вашим партнером. Вправи важливі для ефективного управління стресом. Якщо у вас є ПТСР, ваше тіло практично постійно готується до "бою чи втечі". Вправи допомагають спалювати ті хімічні речовини, які стресують вас і допоможуть вам стати більш розслабленими.

• Давайте собі час на відпочинок, навіть якщо ви не можете спати. Він допоможе збільшити свої запаси сили та енергії. Можливо, вам захочеться спробувати якусь медитацію, йогу чи розслаблюючу вправу.

• Визначте повсякденні заняття (наприклад, в установлений час лягайте спати, прокидайтесь у встановлений час, плануйте заходи на день). Рутинна дуже важлива, вона допомагає нам відчувати себе під контролем та ефективно функціонувати.

• Ставте невеликі, реалістичні цілі, щоб з легкістю здолати перешкоди. Спочатку речі можуть здатися надто важкими, але розбиті на дрібні кроки, вони набагато легші. Деякі люди люблять виконувати списки завдань, вони відчувають себе сильними, виконуючи їх. Це може бути дуже корисним і допомогти вам визнати, що ви чогось досягаєте.

• Перевизначте свої пріоритети і вирішіть, що треба, а що ні. Спробуйте бути реалістичними - не очікувати ні занадто багато, ні занадто мало для себе. Потім зосередити свою енергію та ресурси на цих пріоритетах.

• Щоб допомогти зупинити постійний потік тривожних та гнівних думок, окремо відкладайте кожну для роздумів. Дайте собі право роздумувати і вирішувати питання, пов'язані з травмою, у відповідні часи протягом певного періоду (можливо, 30 хвилин на день). Якщо в інший час небажані думки приходять у ваш розум, миттєво нагадайте, що ви будете про це думати пізніше.

• Шукайте підтримку та допомогу у вашій родині, друзях, церкві або інших ресурсах спільноти, коли вам це потрібно. Це не ознака слабкості. Взагалі, інші люди дуже хочуть допомагати, якщо ви даєте їм знати, чого ви хочете.

• Приєднуйтесь або розробляйте групи підтримки - часто корисно ділитися досвідом з іншими.

• Продовжуйте виховувати себе та свою сім'ю щодо розуміння реакції на травму. Гарне розуміння ПТСР та пов'язаних з ним розладів має важливе значення для досягнення вами досвіду та початку вирішення ваших проблем.

• Спробуйте не використовувати свій досвід війни як виправдання для заподіяння шкоди вам чи іншим. Немає виправдання для того, щоб бути жорстоким, агресивним або іншим чином ображати інших людей. Важливо, щоб ви несли відповідальність за власну поведінку.

• Пам'ятайте, що ви не самотні. Багато інших ветеранів протягом століть зазнавали подібних проблем. Завжди є надія.

**ВИСНОВОК**

Отже, говорячи про ПТСР, мається на увазі, що людина пережила одну або кілька травмуючих подій, які глибоко торкнулися її психіки.

Ці події так різко відрізняються від всього попереднього досвіду чи чинять настільки сильні страждання, що людина відповіла на них бурхливою ​​негативною реакцією. Нормальна психіка в такій ситуації природно прагне пом'якшити дискомфорт: людина, що пережила подібну реакцію, докорінно змінює своє ставлення до навколишнього світу, щоб жити стало хоч трохи легше.

Якщо ж травма була сильною або травмуючі події повторювалися багаторазово, хвороблива реакція може зберегтися на багато років. Подібно до того, як ми отримуємо імунітет до певної хвороби, наша психіка виробляє особливий механізм для захисту від хворобливих переживань.

Для тих небагатьох ветеранів, кому пощастило, їх рідний дім став місцем, де їх чекала любов, де вони відчували себе в безпеці і могли спокійно осмислити пережите, обговорити його з близькими. Така атмосфера дозволяє проаналізувати свої відчуття, а потім внутрішньо прийняти свій досвід і примиритися з минулим, щоб рухатися по життю далі.

На жаль, такий щасливий сценарій не характерний для більшості тих, хто повернувся з війни. За розповідями багатьох ветеранів, повернення додому було не менш, а то й більше важким, ніж військові переживання: ні з ким було поговорити по душам, ніде не відчувалося повної безпеки, і легше було придушувати в емоції, ніж дозволити їм вирватися назовні, з ризиком втратити контроль. У такій ситуації психічна напруга довгий час не знаходить собі виходу.

Під час роботи ми випробували багато способів реабілітації та адаптації військовослужбовців, що страждають на ПТСР. Розібралися, що відбувається з їх внутрішнім світом та перевірили деякі методики для поліпшення стану хворих. На жаль можна констатувати, що роботи ще багато й не всі методи допомоги ефективні, хоча ті методи, що свою ефективність підтвердили, можна використовувати в масовій роботі.

Таким чином, можна зробити висновок про те, що ПТСР в учасників військових локальних конфліктів є особистісною кризою з усіма властивими їй ознаками, а, значить, як і будь-яка психологічна особистісна криза, потребує терапії.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ**

1. Vojdani A, Thrasher JD. Cellular and humoral immune abnormalities in Gulf War veterans. Environ Health Perspect. 2004;112:840–6
2. McKeown-Eyssen G, Baines C, Cole DE, Riley N, Tyndale RF, et al. Case-control study of genotypes in multiple chemical sensitivity: CYP2D6, NAT1, NAT2, PON1, PON2 and MTHFR. Int J Epidemiol. 2004;33:971–8.
3. Da Costa JM. On irritable heart: a clinical study of a form of functional cardiac disorder and its consequences. Am J Med Sci. 1871;61:17–52.
4. Myers ABR. On the Etiology and Prevalence of Diseases of the Heart among. Soldiers. London: John Churchill & Sons; 1870.
5. American Psychiatric Association . Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th Edition. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1994.
6. Основи конструктивного общения / сост. Григорьева Т.Г., Усольцева Т.П. М., 1997;

Караяни А.Г. Психологическое обеспечение боевых действий личного состава частей сухопутных войск в локальных военных конфликтах. М., 1998;

Кочюнас Р. Основы психологического консультирования. М., 1999.

Абрамова Г.С. Практическая психология. Екатеринбург, 1998;

Леонова А.Б., Кузнецова А.С. Психопрофилактика стрессов. М., 1993;

Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. М., 1991;

Ю.А.Александровский. Состояния психической дезадаптации и их компенсация. М., 1976;

Ю.А.Александровский. Психогении в экстремальных условиях. М., 1991;

В.Фомин, И.Линдер. Диалог о боевых искусствах Востока. М., 1990;

Е.М.Черепанова. Саморегуляция и самопомощь при работе в экстремальных условиях. М., 1995;

Мисюра В.Ф. Психологическая реабилитация военносужащих. М., 1995;

Сафуанов Ф.С. Психология криминальной агрессии. М., 2003;

Дмитриев А.В. Конфликтология, М., 2000;

Гуманистическая и трансперсональная психология, М., 2000;

Программа коррекционной работы с дезадаптированными военнослужищими / авторы-сост. Серов А.С., Жуков А.Н., Скоробогач Л.В., Ростов-на-Дону, 2003;

Психологическая работа в железнодорожных войсках российской Федерации / под общ. ред. Якименко В.Г., М., 1998;

Караяни А.Г.Психологическая работа в боевой обстановке. Самара., 1997, С. 52.

Андреева Г.М. Социальная психология. М., 1988.

Теории личности в западно-европейской и американской психологии / сост. Райгородский Д.Я. Самара. 1996.

Практическая психодиагностика / сост. Райгородский Д.Я. Самара. 1998.

Глэддинг С. Психологическое консультирование. СПб., 2002.

Психология и психоанализ характера / сост. Райгородский Д.Я. Самара. 1998.

Подоляк Я.В. Практические вопросы военной психологии. М., 1987.

Соловьев И. Жизнь после войны: работа со страхом // Солдат удачи. 1999, № 9.

Основы конструктивного общения / сост. Григорьева Т.Г., Усольцева Т.П. М., 1997;

**ДОДАТОК 1**

# Структурно-логічна схема забезпечення бойових дій військ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| «вхід» – психологічне проектування | | | |
| Конструювання цільового психологічного ресурса (ЦПР) | |  | Прогнозування умов майбутніх дій і визначення їх вимог до ЦПР |
| Психологічна підготовка до дій в конкретних умовах | |  |
|  | | Соціально-психологічних |
| Розподіл воїнів з урахуванням їх психологічних можливостей | |  |
|  | | Бойових |
| Формування необхідних параметрів військового колективу | |  |
|  | | Ергономічних (природно-географічних, погодно-кліматичних й техніко-технологічних) |
| Створення сприятливих морально-психічних умов в хоні військового конфлікту | |  |
|  | | | |
| «Психологічна допомога – корекція | | | |
| Види допомоги |  | | Об’єкти корекції |
|  |  |
| Психологічна підтримка | Сприйняття бойових обставин |
|  |  |
| Психологічна реабілітація | Мотиви бойової поведінки |
|  |  |
| Функціональні стани |
|  |
| Взаємовідносини військовослужбовців |
|  |
| Психічне здоров’я |
|  |
|  |  | |  |
| «вихід» – прогнозування й корекція | | | |
| Соціально-психологічна реадаптація |  | | Об’єкти психологічного прогнозування й корекції |
|  |  |
| Психологічна «дезінфекція» | Суб’єктивна картина світу: система цінностей, життєвого сенсу, самооцінка |
|  |  |
| Створення реадаптуючого соціального оточення | Стратегії поведінки й спілкування в умовах мирного життя |
|  |  |
| Психологічний моніторинг ветеранів |  |

**ДОДАТОК 2**

## 

## Способи підтримки військовослужбовця під час бою

|  |  |
| --- | --- |
| **Назва груп способів** | Зміст способів психологічної підтримки |
| Комунікативні | Вербальні: а) доведення до військовослужбовців мобілізуючої інформації, переконання на кшталт: «Ми справлялися і не з такими завданнями, впораємося і з цієї" б) навіювання на кшталт: «Ти впораєшся з цим! У тебе досить сил! »В) підкріплення за типом« Молодець! »,« Орел »,« Так тримати! »Г) психологічне зараження по типу« Мужики ми чи ні? »Д) жарти, накази, та ін. *Візуальні*: контакт очима, схвалююча міміка, жести.  *Тактильні*: дотик, потиск руки, поплескування по плечу, струшування і ін.  *Емоційні*: перебування поруч з потребуючими підтримки в скрутну хвилину, співпереживання, дружня посмішка.  *Особистий приклад*: активних і рішучих дій.  *Підтримка дією*: частування сигаретою, водою, вогником і ін.  Спонукання військовослужбовця виконати один з експрес-прийомів психічної саморегуляції, заснованих на зміні типу дихання, тонусу скелетної мускулатури. |
| Організаційно-діяльні | Припинення або ослаблення інтенсивності дії психотравмуючих чинників бойової обстановки - транспортування військовослужбовця в безпечне місце, ліквідація або блокування джерел травматизації.  Попередження контактів військовослужбовця з деморалізованими особами.  Тверде управління діями підлеглих, відволікання їх від психотравмуючих чинників, постановка чітких завдань на продовження бойових дій.  Перестановка військовослужбовців, що підсилює позитивний ефект впливу на нужденних.  Седативні засоби в малих дозах і в крайньому випадку (при невгамовному треморі). |

**ДОДАТОК 3**

**Заходи для виявлення ПТСР**

**Частина 1**. Програма комплексного обстеження та проведення психокорекційних заходів з військовослужбовцями, виведеними з місць бойових дій.

Програма розрахована на комплексне обстеження великих груп військовослужбовців, виведених із зони бойових дій.

Час проведення:

Місце проведення:

Кількість обстежуваних: 1000-1500 чоловік.

Мета: провести комплексне обстеження, спрямоване на виявлення осіб з глибокими особистісними порушеннями, комплексом поведінкових розладів, суїцидальними тенденціями, що входять до групи підвищеного ризику. Провести комплекс корекційних заходів, спрямований на запобігання суїцидальної поведінки, дазадаптивної поведінки, порушень статуту.

Проведення комплексу корекційних заходів включає в себе індивідуальне консультування, групову терапію, сеанси релаксації.

Завдання:

**-** Провести первинну діагностику в/с, які прибули з району бойових дій;

**-** Обробити результати первинної діагностики;

**-** Виділити групу ризику;

**-** Провести поглиблену діагностику осіб, що входять до групи ризику;

**-** Обробити результати вторинної діагностики

**-**На підставі отриманих результатів провести корекційну роботу по двох напрямках:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Індивідуальні консультації для військовослужбовців:  **-**           з особистісними розладами;  **-**           невротичними симптомами;  **-**           глибокою дезадаптацією;  **-**           суїцидальними тенденціями. |  | Групова терапія для військовослужбовців з:  **-**           порушеннями поведінки;  **-**           соціальною дезадаптацією |

**Частина 2**. Етапи комплексного обстеження та проведення корекційних заходів

1-й етап:

Мета: групова діагностика в/с, які прибули з місць бойових дій. Виділення груп ризику.

Час: 7-10 днів.

Методичний інструментарій: опитувальник FPI

Форма проведення: групова діагностика.

Примітка: діагностика проводиться одночасно в 2-3 групах по 25-30 чоловік.

Вивчається: невротичність, спонтанна агресивність, дратівливість, товариськість, врівноваженість, реактивна агресивність, відкритість, екстраверсія, інтроверсія, емоційна лабільність, маскулізм, фемінізм.

Виділяються наступні критерії для віднесення до груп ризику:

Порушення поведінки: високий рівень спонтанної агресивності (7-9 балів); високий рівень реактивної агресивності (7-9 балів); низький рівень відкритості (менше 6 балів); високий рівень невротичності (7-9 балів).

Порушення емоційної сфери: високий рівень дратівливості (від 7 балів); високий рівень інтраверсії(від 2 балів); низький рівень маскулізму - високий фемінізму (для чоловіків).

Високий ризик можливості суїцидальної поведінки: дуже високі або дуже низькі значення за шкалою емоційна лабільність (0-2 або 7-9 балів); плюс яскраво виражені в особистісному профілі емоційні та поведінкові порушення, описані вище.

Описані критерії дозволяють виділити групу військовослужбовців, які потребують поглибленої діагностики та проведенні корекційної роботи. Для виділення основних напрямків корекційної роботи проводиться другий етап діагностики.

2-й етап:

Час: 5-7 днів.

Мета: поглиблена психодіагностика як основа подальшої корекційної роботи.

Завдання: обстежити групу ризику з вираженими суїцидальними тенденціями, глибокими особистісними розладами і порушеннями поведінки.

На даному етапі пропонується використовувати наступний діагностичний блок:

Опитувальник Леонгарда-Шмішека;

УСК

Опитувальник Спілбергера-Ханіна

Проективні методики (РНЖ, Дерево)

Зунг

Форма проведення -групова діагностика

Критерії для направлення на індивідуальну або групову корекційну роботу: високий рівень особистісної тривоги, високий рівень ситуативної тривожності, наявність інтернального локусу контролю, аутоагресія, застрягаючий тип акцентуації характеру зі схильністю до затримки афекту при одночасній наявності циклотомічної і емотивної акцентуації характеру, високий рівень депресії.

При збігу особистісних характеристик з описаними критеріями необхідним стає проведення індивідуальної та групової корекційної роботи.

3-й етап:

Мета: проведення індивідуальної та групової корекційної роботи.

час:

Примітка: робота ведеться в декількох групах паралельно, після проведення першої індивідуальної консультації може бути рекомендовано відвідування групових занять.

Причому для людей з яскраво вираженим інтернальним локусом контролю більшою мірою корисною виявиться індивідуальна терапія, для в/с з екстернальним локусом контролю - групова терапія.

# ДОДАТОК 4

**Варіанти ігрових ситуацій**

**«Погана компанія»**

У грі беруть участь 12 людей: Ватажок, Авторитет, Наближені (2 людини), Підлабузник, Блазень, Маріонетки (2 людини), Незадоволені (2 людини) і Забиті (2 людини). Спочатку виконавців цих ролей повинен підбирати сам ведучий, але обов'язково з числа добровольців, проте в подальшому, на ту чи іншу роль необхідно обов'язково запрошувати тих, хто був в ролі експертів, і взагалі міняти ролі всередині самої «вдалої», примітивної групи, щоб кожен побував «у шкурі» кожного.

Найбільш важливим елементом гри є правила взаємодії учасників, за виконанням яких повинен уважно стежити ведучий і експерти.

Правила ці такі:

1. Ватажок вправі обривати будь-кого.
2. Авторитет - будь-кого, крім ватажка.
3. Наближений - будь-кого, крім Ватажка і Авторитету.
4. Підлабузник - будь-кого, крім Наближеного, Авторитету та Ватажка.
5. Блазень - всіх, крім Ватажка.
6. Маріонетка - тільки наближених і Ватажка.
7. Незадоволений - всіх, крім Ватажка і авторитету.
8. Забитого обриває будь-хто, він же - нікого. Гравець, який порушив ці правила, переводиться в забиті, ну а якщо їх порушив сам Забитий, то його можуть не тільки дружно засудити, але і просто вигнати.

Однак крім чіткого виконання правил, ця гра потребує досить високої театралізації (необхідно, щоб у кожного була табличка з найменуванням ролі). Форм подібної театралізації досить багато - зграя гангстерів, піратський корабель, первісне плем'я, зграя вовків і т.п., але головним тут, мабуть, є те, що не дивлячись на своєрідне «сюжетне» провокування агресивності учасників, театральний варіант дозволяє їх дійсно програти, розкривши одночасно багато нагальних проблем у взаєминах між військовослужбовцями.

Після закінчення гри доцільно провести її обговорення, де головним повинні бути остаточна дискредитація «поганої компанії» і заклик до створення справжнього колективу.